

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**VIVÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS: UM ESTUDO
QUALITATIVO EXPLORATÓRIO**

Sílvia Maria de Almeida Lourenço

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**VIVÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS: UM ESTUDO
QUALITATIVO EXPLORATÓRIO**

Sílvia Maria de Almeida Lourenço

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Sepúlveda Afonso Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2017

“O idoso conserva as suas faculdades se mantiver vivos os seus interesses”

Cícero (106 a.C. - 43 a.C.)

“Saber envelhecer é a obra-prima da sabedoria e um dos capítulos mais difíceis na grande arte da vida.”

Hermann Melville (1819-1891)

“Amar uma pessoa significa querer envelhecer com ela.”

Albert Camus (1913-1960)

“Envelhecer é como escalar uma grande montanha: enquanto se sobe as forças diminuem, mas a visão é mais livre, mais ampla e tranquila.”

Ingmar Bergman (1918-2007)

Agradecimentos

Aos meus pais, Fernanda e Vítor, que estão sempre presentes com o seu amor, carinho e apoio infinitos. Por me fazerem acreditar em mim, com toda a dedicação e paciência que demonstram ao longo da vida. Pelas palavras reconfortantes, por me ouvirem e celebrarem comigo as pequenas grandes vitórias durante a realização deste trabalho. Por serem pessoas únicas e essenciais na minha vida.

À minha avó Fernanda e à minha tia Margarida, que me incentivam a dar o melhor de mim, motivando-me a continuar sempre o meu caminho.

À Ana Bárbara e à Ana Margarida, amigas que a faculdade me trouxe e que ficarão para a vida. Por estarem ao meu lado nos diferentes momentos da vida, mostrando-me o valor da amizade. Pelas palavras de incentivo (“Força meninas, nós conseguimos!”), a entreaajuda no confronto com as dificuldades e as gargalhadas nas pausas da escrita. Sem dúvida que a vossa companhia e amizade marcaram a diferença!

Ao Professor Doutor Fernando Fradique, por me orientar neste percurso de desenvolvimento académico e pessoal, em que me incentivou a pensar de modo crítico e a fazer cada vez melhor o meu trabalho. Pela disponibilidade e competência que demonstrou, ajudando-me a tornar as dificuldades em oportunidades de aprendizagem e proporcionando o aumento dos meus conhecimentos e competências.

À Dra. Sara Alves e à Dra. Inês Tomás, psicólogas da instituição onde foi realizada a recolha de dados do presente estudo. Pelo seu apoio durante a minha passagem pela instituição, em que facilitaram a minha interação com os utentes e estiveram sempre disponíveis para me ajudar na concretização deste trabalho.

Aos participantes do estudo, que abriram o livro das histórias das suas vidas e dispuseram-se a partilhá-las comigo. Por me deixarem entrar um pouco no seu mundo, através dos pensamentos, emoções e vivências que transmitiram, evidenciando-se a pluralidade e a idiossincrasia da experiência humana. Deram-me a oportunidade de encarar o envelhecimento de uma forma única, humana e real, através das suas narrativas repletas de emoção e sabedoria sobre a vida.

Ao meu avô, que tanto valorizava o meu percurso pessoal e académico, e demonstrava muita alegria por cada conquista que eu tinha. Por ter estado presente ao longo da

minha vida, sendo que certamente sentirá orgulho pela conclusão desta etapa. Apesar de não estar cá para assistir, torna-se presente através das memórias que permanecem.

Resumo

O envelhecimento é inerente à experiência humana, implicando diversos desafios, a nível físico, psicológico e social. Logo, torna-se relevante compreender a percepção que os idosos têm acerca da sua Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, tendo em conta as dimensões individual e contextual. A institucionalização é um contexto particular, que influencia a forma como os idosos vivem o envelhecimento.

Deste modo, o propósito do presente estudo é avaliar a percepção que os idosos institucionalizados têm sobre a sua QdV, abrangendo a QdVRS, as dificuldades e recursos que utilizam, e o impacto da institucionalização na experiência de envelhecimento. Realizou-se uma análise qualitativa dos resultados obtidos através do Questionário de Estado de Saúde (SF-36 v2) e da entrevista semiestruturada, adotando-se uma perspectiva exploratória e idiográfica. Assim, efetuou-se uma Análise Fenomenológica Interpretativa do conteúdo das entrevistas, e a comparação dos resultados de cada participante, no questionário e na entrevista. Defende-se a utilização complementar de ambos os métodos, de modo a captar a complexidade dos relatos subjetivos dos idosos.

Os resultados demonstraram que a vivência da doença afeta negativamente a forma como os idosos experienciam o envelhecimento e a institucionalização, refletindo-se numa diminuição da percepção de QdV e QdVRS. Por outro lado, a existência de um contexto emocional positivo na prestação de cuidados e a qualidade da rede de apoio social são facilitadores da vivência do envelhecimento e da institucionalização. Neste âmbito, são discutidas implicações práticas para a intervenção psicológica, nomeadamente no confronto com a doença e na promoção das interações sociais, através do *storytelling* entre os idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Idoso Institucionalizado; Envelhecimento; Prestação de Cuidados; Apoio Social; Doença; Qualidade de Vida; Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde; Intervenção Psicológica.

Abstract

Aging is inherent to the human experience, implying various challenges on the physical, psychological and social dimensions. So, it's important to understand the perception of the elderly about their Quality of Life and Health Related Quality of Life, considering the individual and contextual dimensions. Institutionalization is a particular context, which influences how the elderly live the process of aging.

The purpose of the present study is to evaluate the perception of institutionalized elderly about their QoL, including the HRQoL, the difficulties and resources used by the elderly and the impact of institutionalization on the aging experience. A qualitative analysis of the results obtained through the Health Status Survey (SF-36 v2) and the semi-structured interview was carried out, adopting an exploratory and idiographic perspective. Thus, an Interpretative Phenomenological Analysis of the content of the interviews was performed, as well as the comparison of the results of each participant, in the questionnaire and in the interview. The complementary use of both methods is defended, to capture the complexity of the subjective reports of the elderly.

The results showed that the experience of disease negatively affects the way elderly people live the processes of aging and institutionalization. Consequently, there is a decrease in their perception of QoL and HRQoL. On the other hand, the existence of a positive emotional context in care delivery and the quality of the social support network facilitate the experiences of aging and institutionalization. In this context, practical implications for psychological intervention are discussed, namely in coping with the disease and promoting social interactions, through storytelling among the institutionalized elderly.

Key words: Institutionalized Elderly; Aging; Care Delivery; Social Support; Disease; Quality of Life; Health Related Quality of Life; Psychological Intervention.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1. Fundamentação Teórica	3
1. O Envelhecimento	3
1.1. Conceito de Envelhecimento.....	3
1.2. Tipos de envelhecimento	5
1.3. Envelhecimento em Portugal	7
1.4. Idoso	7
2. Qualidade de Vida (QdV) nos idosos	10
2.1. Qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) nos idosos	12
3. A institucionalização de idosos, QdV e QdVRS.....	14
4. O presente estudo	19
Capítulo 2. Metodologia.....	21
1. Desenho da investigação	21
2. Amostra	21
2.1. Caracterização da amostra	21
3. Instrumentos de recolha de dados	22
3.1. Questionário sociodemográfico do idoso (QSDI)	22
3.2. Questionário de perceção sobre o estado de saúde (SF-36 v2)	22
3.3. Guião de entrevista semiestruturada.....	24
4. Procedimento	25
4.1. Recolha de dados.....	25
4.2. Análise de resultados	26
Capítulo 3. Análise de resultados	28
1. Resultados obtidos através da Análise Fenomenológica Interpretativa do conteúdo das entrevistas.....	28
<i>Explicação e vivência do envelhecimento</i>	29
<i>Nível de satisfação com a vida.....</i>	31
<i>Vivência da institucionalização</i>	32
<i>Definição do ato de cuidar</i>	39
<i>Prestação de cuidados por parte dos utentes</i>	41
<i>Vivência da doença</i>	42
<i>Relações familiares</i>	46
<i>Relações sociais fora da instituição.....</i>	48

2. Comparação entre os resultados obtidos através do SF-36 (v2) e da entrevista	48
Capítulo 4. Discussão dos resultados	58
1. Discussão dos resultados obtidos através da Análise Fenomenológica Interpretativa do conteúdo das entrevistas	58
2. Discussão dos resultados do SF-36 (v2) e da entrevista semiestruturada.....	68
Capítulo 5. Conclusão	77
5.1. Principais conclusões.....	77
5.2. Limitações do presente estudo	78
5.3. Sugestões para investigações futuras.....	79
5.4. Aplicações práticas do presente estudo	80
Referências Bibliográficas	82

Índice de Anexos

Anexo A – Protocolo de consentimento informado para o idoso

Anexo B – Questionário sociodemográfico do idoso

Anexo C - Questionário de percepção sobre o estado de saúde (SF-36 v2)

Anexo D – Guião de entrevista semiestruturada, para avaliação da percepção da qualidade de vida de idosos institucionalizados

Anexo E – Transcrições das entrevistas semiestruturadas

Anexo F – Categorias e subcategorias de 1ª, 2ª e 3ª ordem

Introdução

Ao longo do tempo têm-se verificado progressos nas condições de vida das populações, ao nível da medicina, tecnologia, alimentação, higiene e educação. Por conseguinte, a esperança média de vida aumentou, ou seja, é possível dar mais anos à vida. No entanto, é essencial compreender se este incremento na esperança média de vida é acompanhado pelo aumento da qualidade de vida do ser humano. Assim, coloca-se a seguinte questão: “*Além de dar mais anos à vida, é possível dar mais vida aos anos?*” (Férrandez-Ballesteros, 2002a, p.15). Neste âmbito, torna-se crucial promover a qualidade de vida dos idosos, tendo em conta como vivem, e não só quantos anos vivem. O facto de se viver mais tempo remete para uma dimensão temporal e quantitativa, sendo que a dimensão qualitativa não deve ser descurada, i.e., a qualidade de vida. Deste modo, o idoso poderá ser compreendido de modo holístico, integrando as alterações objetivas decorrentes do envelhecimento (e.g. na funcionalidade, papéis sociais) e a subjetividade inerente à vivência individual deste processo. Para tal, as idiossincrasias de cada pessoa e as variáveis contextuais deverão ser entendidas numa dialética permanente e mutável, ao longo do tempo.

Considerando a necessidade de compreender *como* é que se desenrola o processo de envelhecimento, e não só *quantos* anos é que as pessoas vivem, privilegia-se uma abordagem qualitativa e idiográfica no presente estudo. Existe a focalização nas diferenças inter e intra individuais e nas semelhanças encontradas nas vivências dos idosos, tal como estas são reportadas pelos mesmos. Esta perspetiva remete para uma visão mais integrada e compreensiva do envelhecimento e da qualidade de vida da população idosa.

Assim, é possível captar a complexidade subjacente à vivência do envelhecimento, entendendo a perceção que os idosos têm sobre a sua qualidade de vida. Explora-se o impacto das alterações biológicas, psicológicas e sociais associadas ao envelhecimento, tendo em conta as especificidades e o contexto em que cada idoso se encontra. Por exemplo, a institucionalização corresponde a um contexto específico da vivência do envelhecimento, que requer mudanças adicionais no quotidiano dos idosos.

No primeiro capítulo da presente dissertação, apresentam-se as características do processo de envelhecimento, da condição de idoso institucionalizado e respetiva

qualidade de vida. No segundo capítulo, aborda-se a metodologia utilizada nesta investigação, nomeadamente: as características da amostra, a descrição dos instrumentos utilizados e o processo de recolha de dados e análise de resultados. O terceiro capítulo refere-se à apresentação dos resultados obtidos, através da análise qualitativa dos mesmos. No quarto capítulo, realiza-se a discussão dos resultados. Por fim, no último capítulo, apresentam-se as conclusões e limitações desta investigação, assim como sugestões para futuros estudos na área da qualidade vida de idosos institucionalizados.

Capítulo 1. Fundamentação Teórica

Neste capítulo, pretende-se explorar as características do processo de envelhecimento, enfatizando-se as mudanças que ocorrem e respetivo impacto na percepção que os idosos têm sobre a sua qualidade de vida. Adicionalmente explora-se o papel da institucionalização na forma como os idosos vivem o envelhecimento. Neste âmbito, aborda-se ainda o impacto do ato de cuidar na percepção de qualidade de vida dos idosos e na sua adaptação à institucionalização. Deste modo, salienta-se a influência que o ato de cuidar e as características dos cuidados têm na percepção de qualidade de vida dos idosos e na sua vivência no contexto institucional.

1. O Envelhecimento

1.1. Conceito de Envelhecimento

O envelhecimento é um processo dinâmico e irreversível, que implica alterações graduais, a nível biológico, psicológico e social (Sequeira, 2007). Existe uma elevada variabilidade inter e intra individual, na manifestação das mudanças associadas ao envelhecimento. Neste sentido, defende-se uma compreensão idiossincrática e multidimensional deste processo, que é inerente à existência humana (Silva, 2005). Com efeito, o envelhecimento acontece ao longo do ciclo de vida, pelo que o seu estudo se enquadra numa abordagem desenvolvimentista. De acordo com esta perspetiva, consideram-se os padrões de mudança e estabilidade que ocorrem durante a vida (e.g. desde a conceção até à morte) (Baltes, 1987). Os fatores pessoais e contextuais intervêm neste processo de desenvolvimento sequencial e complexo, resultando numa co-ocorrência de ganhos e perdas (Baltes, 1987; Fernández-Ballesteros, 2002b). Assim, o processo de envelhecimento pressupõe um intercâmbio entre a possibilidade de crescimento (e.g. ganhos) e o declínio (e.g. perdas), correspondendo à abordagem de desenvolvimento ao longo da vida (e.g. Life-span) (Fernández-Ballesteros, 2002b). Esta perspetiva possibilita a conceptualização do envelhecimento de modo integrado e contextualizado, tendo em conta a história de vida do indivíduo, o contexto sociocultural em que se insere e as interações recíprocas que se estabelecem entre o indivíduo e o meio (Sequeira, 2007). A subjetividade na vivência do envelhecimento torna-se crucial, atendendo às crenças, atribuições causais, expectativas e emoções que cada pessoa apresenta, consoante os ganhos e perdas que vai experienciando. Por conseguinte, as alterações biológicas, psicológicas e sociais podem ser interpretadas e

vividas de formas distintas. Esta questão remete para a diversidade na vivência do envelhecimento, ao nível das condições de vida, apoios e subjetividade (Aboim, 2014).

As alterações biológicas derivam de uma diminuição da capacidade de regeneração celular e da taxa metabólica, resultando em mudanças orgânicas, funcionais e no aspeto exterior (Sequeira, 2007). Este processo fisiológico, natural e inevitável, designa-se senescência (Juengst, 2005). Ocorre nos principais sistemas orgânicos (e.g. cardiovascular, respiratório, renal, nervoso, entre outros), e influencia o funcionamento psicossocial do indivíduo (Spar & La Rue, 2005). Por exemplo, o declínio que ocorre nas funções sensoriais (e.g. visão, audição) e na plasticidade cerebral, tem um impacto negativo no funcionamento cognitivo e social dos indivíduos (e.g. perceção, atenção, memória, estabelecimento de relações interpessoais) (Sequeira, 2007). Adicionalmente, as alterações biológicas potenciam a vulnerabilidade a diversas patologias, com implicações nas vertentes física, psicológica e social (Juengst, 2005).

A nível psicológico, verificam-se mudanças no funcionamento cognitivo, e uma das tarefas essenciais é o reajustamento das tarefas e objetivos de vida (Morgan & Kunkel, 2011; Sequeira, 2007). Por conseguinte, podem surgir alterações ao nível da perceção de autoeficácia, autoestima e atribuição de sentido à vida (Silva, 2005). Por fim, é importante salientar que o envelhecimento acarreta implicações na esfera relacional e social do indivíduo. Os papéis familiares e sociais, a participação na comunidade e o estabelecimento de interações sociais, são questões transversais ao longo da vida que são alvo de mudança durante o envelhecimento (Brossoie, 2009; Shaw, Krause, Liang, & Bennett, 2007). Por exemplo, as pessoas experienciam transformações nos papéis que desempenham, assim como o impacto das alterações físicas e cognitivas nas suas relações interpessoais (Morgan & Kunkel, 2011). Estes autores destacam também a influência da sociedade na formação das crenças, significados e expectativas associados ao envelhecimento. Com efeito, as crenças individuais são moldadas por determinados estereótipos relacionados com o envelhecimento, tais como: passividade e negativismo associados a este processo e focalização exclusiva nas perdas experienciadas (Férrandez-Ballesteros, 2002b; Morgan & Kunkel, 2011). Lopes, Afonso, Cerqueira e Pereira (2012) destacam o papel da escolaridade na forma como o envelhecimento é encarado pelos idosos. Assim, os idosos com níveis de escolaridade mais baixos descrevem uma perspetiva mais negativa do envelhecimento (Lopes et al., 2012), sendo que o acesso a menos informação poderá

contribuir para uma visão mais negativa e estereotipada do envelhecimento (Gázquez et al., 2009; Lopes et al., 2012).

Numa visão estereotipada do envelhecimento, a idade cronológica surge habitualmente associada a este processo (Faller, Teston e Marcon, 2015; Paúl, 2005; Spar & La Rue, 2005). Por exemplo, a idade da reforma (e.g. 65 anos) pode ser considerada um marco no processo de envelhecimento (Sequeira, 2007). No entanto, numa perspetiva de *life-span*, não existe uma idade concreta que marca o início do envelhecimento (Férrandez-Ballesteros, 2002b). Neste sentido, o conceito de idade funcional é essencial, na perspetiva idiossincrática e contextualizada do envelhecimento. A idade funcional remete para as mudanças biológicas, psicológicas e sociais que cada pessoa experiencia. Avalia-se esta funcionalidade, ou seja, a capacidade de a pessoa se ajustar à situação em que se encontra (e.g. doença), através da interação dinâmica e ativa com o meio (*World Health Organization* [WHO], 2004) nos vários domínios, tendo em conta as especificidades individuais (Férrandez-Ballesteros, 2002b). Deste modo, é importante considerar a pluralidade na vivência do envelhecimento. A forma como este fenómeno é vivido por cada pessoa vai influenciar a perceção que tem acerca da sua qualidade de vida (Paúl & Fonseca, 1999). Por conseguinte, torna-se relevante distinguir diferentes tipos de envelhecimento.

1.2. Tipos de envelhecimento

Tendo em conta a heterogeneidade subjacente ao envelhecimento, é possível estabelecer a diferenciação entre envelhecimento primário e secundário. O envelhecimento primário engloba as mudanças naturais, universais e progressivas referidas anteriormente, que se manifestam a nível biopsicossocial; por outro lado, o envelhecimento secundário refere-se às alterações que surgem devido à existência de uma doença que co-ocorre com o processo de envelhecimento (Silva, 2005).

Seguindo esta lógica, a distinção entre envelhecimento normal, patológico e bem sucedido, tem ganho destaque na literatura nacional e internacional; a ênfase no equilíbrio entre ganhos e perdas associados ao envelhecimento tem contribuído para a exploração desta perspetiva (Harris, 2008). O envelhecimento normal corresponde às alterações normativas e expectáveis que ocorrem, sem que exista a influência da doença (e.g. envelhecimento primário); o envelhecimento patológico acontece quando aparece uma doença que implica alterações adicionais, que se juntam à senescência (e.g.

envelhecimento secundário); por último, o envelhecimento bem sucedido caracteriza-se por três componentes essenciais: prevenção da doença, funcionamento físico e cognitivo elevados e comprometimento ativo com a vida (Baltes & Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 2002b; Morrow-Howell, Tang, Kim, Lee, & Sherraden, 2005; Rowe & Kahn, 1999).

O envelhecimento bem sucedido é também designado como “envelhecimento ativo” ou “envelhecimento com êxito”. Visa-se a otimização da saúde, participação social e segurança dos indivíduos, em que o principal objetivo é a promoção da qualidade de vida durante o envelhecimento humano (WHO, 2002). A ausência de doença é um aspeto essencial do envelhecimento bem sucedido, visto que possibilita níveis mais elevados de funcionalidade, independência (e.g. capacidade para exercer controlo relativamente ao desempenho de tarefas diárias (Fine & Glendinning, 2005)) e satisfação com a vida (Paúl & Fonseca, 1999). Contudo, não é suficiente para que o indivíduo envelheça de modo bem sucedido e ativo. Para que tal possa acontecer, é crucial promover a adoção de certas atitudes e comportamentos, nomeadamente: envolvimento em estilos de vida saudáveis, que incluam uma alimentação equilibrada, prática regular de exercício físico, estimulação cognitiva, controlo do peso e da tensão arterial e higiene do sono; recurso à rede de apoio social e realização de atividades que potenciem a gratificação pessoal, a perceção de autoeficácia e o comprometimento ativo com a vida (Fernández-Ballesteros, 2002b; Rowe & Kahn, 1999). Neste sentido, pretende-se incentivar o dinamismo e a proatividade dos indivíduos, no confronto com os desafios inerentes ao envelhecimento. A integração social e a manutenção de atividades e papéis significativos têm um impacto positivo no bem-estar psicológico e na qualidade de vida, durante o envelhecimento (Ryff, Friedman, Morozink, & Tsenkova, 2012).

Neste âmbito, Baltes e Baltes (1990) propõem um modelo de promoção do envelhecimento bem sucedido, caracterizado pela optimização seletiva e compensação. Trata-se de um processo de adaptação, marcado por três componentes: seleção, optimização e compensação. A seleção refere-se à capacidade para selecionar os domínios e recursos prioritários, tendo em conta as restrições associadas ao envelhecimento. Requer a redefinição de objetivos e expectativas. A optimização corresponde ao investimento nos recursos que podem maximizar as potencialidades do indivíduo, incentivando o seu desenvolvimento. Por fim, a compensação inclui os

esforços da pessoa para lidar com os défices que apresenta (e.g. utilizar mnemónicas e exercícios de estimulação cognitiva, para compensar os défices mnésicos) (Baltes & Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 2002b). Este processo desenrola-se ao longo do ciclo de vida, reflectindo-se na procura de um equilíbrio entre os ganhos e perdas do envelhecimento (Baltes & Baltes, 1990).

1.3. Envelhecimento em Portugal

O processo de envelhecimento é influenciado pelo contexto sociocultural em que cada pessoa se encontra (Sequeira, 2007). Logo, é importante analisar as especificidades deste fenómeno em Portugal. Tal como nos restantes países desenvolvidos, tem-se verificado o aumento significativo do envelhecimento da população; a manutenção das baixas taxas de natalidade e o aumento da esperança média de vida têm contribuído para este acontecimento (Sequeira, 2007). Assim, assiste-se ao envelhecimento demográfico da população portuguesa, que se traduz no aumento da proporção de idosos na população total, comparativamente à população jovem (Rosa, 1993). Prevê-se que até 2080 o número de idosos passe de 2,1 para 2,8 milhões, enquanto o número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017). Estas previsões são transversais às diversas regiões do País. Por conseguinte, o índice de envelhecimento¹ tenderá a aumentar, existindo o aumento da população idosa em Portugal (INE, 2017). Adicionalmente, o índice de dependência dos idosos² era 32,5 em 2016, prevendo-se que aumente para 72,8 em 2080 (INE, 2017). Deste modo, o estudo do envelhecimento e respetivo impacto na qualidade de vida dos indivíduos é uma necessidade crucial, numa sociedade em que a população idosa está em expansão. A população idosa dependente deverá ser alvo de particular atenção, visto que enfrenta exigências acrescidas, ao nível da funcionalidade e prestação de cuidados.

1.4. Idoso

Considerando o aumento da população idosa, torna-se relevante compreender o conceito de idoso. Até recentemente, e tal como a WHO (2002) a definia, considera-se idosa uma pessoa com idade igual ou superior a 60 anos em países em desenvolvimento ou idade igual ou superior a 65 anos, em países desenvolvidos. Esta definição baseia-se apenas na idade cronológica. Contudo, tal como foi exposto anteriormente, este critério

¹ O índice de envelhecimento corresponde ao quociente entre a população idosa (idade igual ou superior a 65 anos) e a população jovem (entre os 0 e os 14 anos) (Sequeira, 2007).

² O índice de dependência dos idosos traduz-se no quociente entre a população idosa (idade igual ou superior a 65 anos) e a população em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos) (Sequeira, 2007).

é insuficiente para explicar a complexidade inerente ao envelhecimento humano. Logo, a categorização com base apenas na idade cronológica torna-se redutora, sendo necessário avaliar a funcionalidade dos indivíduos nas várias dimensões da sua vida. Neste sentido, a WHO (2015) reconheceu o envelhecimento ao longo da vida, admitindo que a idade cronológica não é o fator determinante nas perdas associadas ao envelhecimento. Pelo contrário, enfatiza-se o papel da história de vida de cada indivíduo e da interação com os fatores contextuais. Considera-se a possibilidade de ser idoso e viver com maior ou menor grau de dependência, existindo múltiplos caminhos para o envelhecimento (WHO, 2015).

Assim, apesar de o envelhecimento bem sucedido ser um objetivo, existem indivíduos que apresentam uma doença que limita a sua funcionalidade (Paúl & Fonseca, 1999). Como foi referido anteriormente, de acordo com a WHO (2004), a funcionalidade traduz a capacidade de a pessoa se ajustar à situação em que se encontra (e.g. doença), através da interação dinâmica e ativa com o meio. Deste modo, a funcionalidade é determinada pela interação entre o estado de saúde do indivíduo e o contexto em que se insere. Esta perspetiva é congruente com o modelo de Baltes & Baltes (1990), que defende a compensação dos défices, através da seleção e otimização dos recursos individuais e contextuais.

Logo, segundo uma perspetiva holística, destaca-se a relação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais, na determinação do estado funcional do indivíduo (Férrandez, Avilés & Castillo, 2009). Este inclui a funcionalidade física, cognitiva e social, remetendo para a compreensão global do idoso. Neste âmbito, Algilani et al. (2014) defendem o conceito de funcionalidade ótima do idoso, que corresponde à manutenção e promoção da saúde e bem-estar, tendo em conta as características e a situação de cada idoso. Desta forma, existem três tipos de fatores, que interagem entre si: psicológicos (e.g. funcionamento cognitivo), físicos (e.g. relacionados com a saúde e a condição física) e externos (e.g. sociodemográficos, culturais) (Algilani et al., 2014).

No caso de existir uma doença, destaca-se o papel proativo do idoso, no confronto com as respetivas limitações (Paúl & Fonseca, 1999). A forma como a doença é vivida depende das características psicológicas do indivíduo (e.g. traços de personalidade, autoestima, perceção de autoeficácia), do seu estilo de vida e do seu contexto socioeconómico e cultural. As estratégias de confronto utilizadas para lidar com a

situação têm também um papel fundamental. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), o coping refere-se ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, que o indivíduo aplica para gerir as exigências externas e/ou internas (segundo a avaliação do próprio). Logo, os mecanismos de coping que o idoso utiliza para lidar com a doença vão influenciar a sua vivência e percepção de qualidade de vida, consoante o seu grau de adequabilidade à situação (Paúl & Fonseca, 1999). Estes autores destacam o impacto da doença nas atividades de vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As AVD correspondem às atividades que visam o autocuidado, no quotidiano (e.g. alimentação, higiene pessoal), enquanto as AIVD são atividades que pressupõem a interação com o meio externo e a integração na comunidade (e.g. ir às compras, gerir o dinheiro, utilizar transportes públicos) (Botelho, 2005; Fleming, Evans, Weber, & Chutka, 1995; Lobo & Pereira, 2007).

Paúl e Fonseca (1999) integram também as atividades valorizadas por cada idoso, na relação entre a vivência da doença e a percepção de qualidade de vida. Os autores enfatizam o facto de os idosos avaliarem o seu estado de saúde e qualidade de vida, em função das limitações que sentem em tarefas que valorizam. Por exemplo, um idoso que valoriza a leitura irá avaliar mais negativamente as suas limitações na visão e respetivo impacto na sua qualidade de vida, comparativamente a um idoso que não aprecia essa atividade (Paúl e Fonseca, 1999). Este aspeto alerta para a importância dos objetivos idiossincráticos e diferenças interindividuais, na avaliação da funcionalidade, estado de saúde e percepção da qualidade de vida dos idosos.

Durante a vivência da doença pelos idosos, poderá ocorrer o aumento da dependência. Este conceito refere-se à incapacidade do idoso para cuidar de si, de acordo com as características do contexto onde vive (Sequeira, 2007). Deste modo, o idoso necessita da ajuda do(s) cuidador(es) para realizar determinadas tarefas e satisfazer as suas necessidades (Wahl, 1991). Consoante o grau de dependência, existe variabilidade no tipo e na quantidade de tarefas em que o idoso necessita de ajuda. De modo complementar, é útil fazer a distinção entre os conceitos de *independência* e *autonomia*. Apesar de estarem intimamente relacionados, os seus significados não são idênticos (Chirkov, Ryan, Kim, & Kaplan, 2003). Tal como foi mencionado acima, a independência refere-se à capacidade para exercer controlo relativamente ao desempenho de tarefas diárias (e.g. AVD, AIVD) (Fine & Glendinning, 2005). A autonomia corresponde à capacidade para tomar decisões sobre si e implementá-las

(Fine & Glendinning, 2005). A autonomia inclui a identificação dos próprios desejos e necessidades, deliberando racionalmente sobre a melhor decisão a tomar em cada situação (Agich, 1990). A diferença entre os conceitos de *independência* e *autonomia* demonstra que um idoso pode não ser independente (e.g. necessita do apoio dos cuidadores para realizar as suas atividades diárias), mas pode manter a sua capacidade para tomar decisões (e.g. autonomia) (Chirkov et al., 2003). Esta distinção é particularmente útil na questão da prestação de cuidados ao idoso e respetiva adequabilidade às suas necessidades.

2. Qualidade de Vida (QdV) nos idosos

De modo a adequar os cuidados às necessidades dos idosos, é relevante compreender a perceção que estes têm relativamente à sua qualidade de vida. Deste modo, é possível identificar as principais dificuldades e recursos utilizados, indo ao encontro das necessidades dos idosos e promovendo a vivência adaptativa do processo de envelhecimento.

A WHO (1997) define Qualidade de vida (QdV) como a perceção de cada indivíduo sobre a sua posição na vida, considerando a cultura e o sistema de valores em que está inserido, e relativamente aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Deste modo, trata-se de um conceito multidimensional, que engloba aspetos físicos, psicológicos, espirituais, sociais e contextuais (e.g. saúde física, nível de independência, autoestima, crenças sobre religião e espiritualidade, relações interpessoais, recursos do contexto em que a pessoa se insere) (Dahlan, Ibrahim, & Masuri, 2016; WHO, 1997). Considerando a complexidade do conceito, é possível distinguir duas áreas da qualidade de vida: subjetiva e objectiva (Logsdon, Gibbons, McCurry, & Terri, 2002; Post, 2014; Ventegodt, Merrick, & Andersen, 2003). A área objetiva corresponde às condições de vida identificáveis por observadores externos (e.g. estatuto socioeconómico); estas demonstram a influência do contexto sociocultural e a adaptação do indivíduo aos respetivos valores e normas. A área subjetiva refere-se à avaliação que cada pessoa faz sobre a sua vida, incluindo a satisfação com a vida, a atribuição de significado à mesma e o bem-estar (Ventegodt et al., 2003). Estes autores mencionam também a qualidade de vida existencial, que representa o sentimento de existir, enquanto ser humano, e o sentido de coerência e pertença ao mundo. A qualidade de vida existencial é o elo de ligação entre as áreas objetiva e subjetiva no modelo integrativo da qualidade de vida, em que o indivíduo é encarado de modo global

(Ventegodt et al, 2003). Deste modo, a qualidade de vida é um conceito que abrange os aspetos da existência individual, em relação com o meio envolvente (Hoe, Orell, & Livingston, 2011). Resulta de uma interação dinâmica entre as condições individuais e externas, assim como a percepção de cada pessoa sobre essas condições (Noro & Aro, 1996). Através de uma avaliação holística da qualidade de vida, é possível compreender a forma como os indivíduos se adaptam ao processo de envelhecimento, nas dimensões objetiva, subjetiva e existencial.

Assim, quando se avalia a qualidade de vida dos idosos, é essencial atender aos aspetos objetivos (e.g. estado de saúde) e à subjetividade inerente à satisfação com a vida. De acordo com as especificidades da condição do idoso, será necessário adaptar a avaliação da qualidade de vida (e.g. ter em conta as limitações cognitivas em idosos demenciados, sem negligenciar a sua percepção subjetiva relativamente à sua qualidade de vida) (Hoe et al., 2011).

De acordo com Lawton (1991) devem ser considerados alguns fatores, na compreensão da qualidade de vida em idosos. Em primeiro lugar, destaca-se a dimensão avaliativa, em que são abordados os aspetos negativos e positivos (e.g. em detrimento da focalização exclusiva nos défices, incluindo os recursos e aspetos favoráveis). Em segundo lugar, a questão temporal tem um impacto relevante nos idosos. As memórias do passado e as expectativas sobre o futuro condicionam a percepção de qualidade de vida no momento presente. Por um lado, pode existir a valorização de qualidades que existiam no passado; por outro lado, a antecipação do futuro (e.g. em contexto de doença), poderá contribuir para a percepção de diminuição da qualidade de vida no momento presente. Por último, Lawton (1991) refere quatro dimensões fundamentais da qualidade de vida, a ter em conta na avaliação deste construto em idosos: competência comportamental (e.g. avaliação do funcionamento do indivíduo a nível físico, cognitivo e social, de acordo com as normas socioculturais), percepção sobre a própria qualidade de vida (e.g. avaliação subjetiva que o indivíduo faz sobre o seu desempenho nas várias dimensões), contexto externo (e.g. influência dos fatores contextuais na avaliação que o idoso faz da sua qualidade de vida; enfatiza-se também a avaliação subjetiva que o idoso pode fazer acerca dos fatores contextuais, tais como o apoio social) e bem-estar psicológico (e.g. resulta da avaliação sobre as dificuldades e competências nos vários domínios, sendo essencial compreender como é que os idosos se sentem, no meio em que estão inseridos).

2.1. Qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) nos idosos

De modo a promover a QdV dos idosos (e.g. bem-estar psicológico, competência comportamental), é essencial ter em conta o seu estado de saúde. Nesta população, este fator torna-se particularmente relevante, devido à maior vulnerabilidade dos idosos a doenças que diminuam a sua qualidade de vida. Neste sentido, surge o conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS). Inclui o funcionamento físico, psicológico e social, assim como a percepção que o indivíduo tem sobre o seu estado de saúde, nestas dimensões (Wilson & Cleary, 1995). Wilson e Cleary (1995) propuseram um modelo conceptual, que relaciona a QdVRS com a QdV, na interação entre o indivíduo e o contexto. Com efeito, as variáveis individuais (e.g. biológicas, psicológicas) e contextuais (e.g. sociais) interrelacionam-se com os aspetos da QdVRS, tais como: estado funcional (e.g. capacidade do indivíduo para realizar determinadas atividades, no contexto em que está), sintomatologia física e percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde. Estes fatores caracterizam a QdVRS e influenciam a qualidade de vida geral do indivíduo (e a sua percepção sobre a mesma) (Wilson & Cleary, 1995). Deste modo, a QdVRS é um dos determinantes da QdV geral (Post, 2014).

Tal como já foi mencionado acima, os idosos apresentam maior vulnerabilidade para o aparecimento de patologias que têm consequências a nível físico, psicológico e social (Juengst, 2005). Por exemplo, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) implica uma diminuição da funcionalidade e independência dos indivíduos, apresentando um impacto emocional negativo nos pacientes (Cesário, Penasso, & Oliveira, 2006; Dennis, O'Rourke, Lewis, Sharpe, & Warlow, 2000; Kneebone, & Lincoln, 2012; Nunes, Pereira, & Silva, 2005; Rangel, Belasco, & Diccini, 2013; Tornbom, Persson, Lundalv, & Sunnerhagen, 2017). Adicionalmente, o compromisso ao nível da independência poderá fazer com que o indivíduo passe de cuidador para alvo de cuidados (Dowswell et al., 2000). Durante a receção de cuidados, enfatiza-se a necessidade de um programa de recuperação multidimensional (Forster & Young, 1996; Nunes et al., 2005), em que é importante considerar as crenças e significados que cada paciente associa à recuperação (Dowswell et al., 2000).

A avaliação da percepção dos indivíduos sobre a sua QdVRS é evidente na vivência da doença, visto que se refere a aspetos da qualidade de vida que são afectados pela mesma (Sturm et al., 2004). Por exemplo, segundo uma abordagem quantitativa, o

MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993) tem sido utilizado em estudos sobre a percepção que os pacientes que sofreram AVC's têm acerca da sua QdVRS (Almborg & Berg, 2009; Anderson, Laubscher & Burns, 1996; Cesário et al., 2006; Demet, Ferhan, Ahmet, & Selcuk, 2008; Patel et al., 2006; Rangel et al., 2013). Especificamente, este instrumento de autorrelato pode ser utilizado com a população idosa, visando a compreensão sobre a percepção que têm acerca do seu estado de saúde (Haan, 2002; Hayes, Morris, Wolfe e Morgan, 1995; Lyons, Perry, & Littlepage, 1994; O'Mahony, Rodgers, Thomson, Dobson, & James, 1998). Numa perspectiva qualitativa, a entrevista semiestruturada tem sido utilizada noutros estudos, com o objetivo de captar a vivência subjetiva dos idosos sobre a sua QdV e QdVRS (Hill, Harries, & Popay, 1996; Ing, Linton, Vento, & Nakagawa, 2015). Neste sentido, a entrevista demonstra aplicabilidade na compreensão das percepções subjectivas e experiências dos indivíduos relacionadas com a sua saúde (e.g. dor, tratamentos) (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

Adicionalmente, destaca-se a importância de avaliar o nível de discrepância entre a percepção que o indivíduo tem sobre o seu estado de saúde e as suas expectativas relativamente ao mesmo. Se esta discrepância for elevada, a percepção de QdVRS tenderá a ser mais baixa (Litwin, 2007).

Outra questão que tem sido descrita na literatura é a diferença na percepção de QdVRS entre homens e mulheres, na população idosa. De modo geral, as mulheres avaliam a sua QdVRS de modo mais negativo, comparativamente aos homens (Emery et al., 2004; Hopman et al., 2000; Wijnhoven, Kriegsman, Snoek, Hesselink, & Haan, 2003). As diferenças nos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres poderão levar a diferenças na vivência dos sintomas e da doença, originando uma sobrestimação da morbilidade pelas mulheres (Orfila et al., 2006). Por exemplo, do ponto de vista social, os homens tendem a ser orientados para diminuir a expressão do sofrimento físico, o que poderá explicar as diferenças encontradas (Verbrugge, 1982). No entanto, Orfila et al. (2006) pretenderam compreender se essas diferenças na percepção de QdVRS se deviam à existência de doenças crónicas e ao estado funcional dos indivíduos. Concluiu-se que as mulheres reportavam uma percepção de QdVRS mais negativa do que os homens, devido à maior prevalência de doença crónica e limitações na funcionalidade. Neste sentido, existe a influência da sintomatologia física e do estado funcional na percepção que as pessoas têm sobre o seu estado de saúde. Adicionalmente,

será importante considerar a influência de fatores psicológicos e contextuais (e.g. conceptualização que os indivíduos têm sobre a saúde, estado emocional, papéis sociais e tolerância à expressão do sofrimento entre homens e mulheres) (Spiers, Jagger, Clarke, & Arthur, 2003; Verbrugge, 1982). Deste modo, apesar do impacto significativo da doença crónica e das limitações na funcionalidade, os fatores psicológicos e sociais devem ser tidos em conta, na avaliação da perceção de QdVRS dos idosos. Esta perspetiva é congruente com o modelo de Wilson & Cleary (1995), que remete para uma abordagem biopsicossocial na perceção dos indivíduos sobre a sua QdVRS. Tendo em conta a abrangência e aplicabilidade deste construto à vivência da doença, a QdVRS é uma das áreas-chave para a promoção da saúde na população idosa (Lobo, Santos, Carvalho, & Mota, 2008).

3. A institucionalização de idosos, QdV e QdVRS

Noro e Aro (1996) constataram que os idosos institucionalizados e com níveis mais elevados de dependência reportavam uma perceção de QdVRS mais baixa, comparativamente aos idosos que não estavam institucionalizados e que eram independentes. Deste modo, é útil compreender o impacto emocional e social da institucionalização dos idosos, visto que se trata de um fenómeno cada vez mais frequente. Devido às exigências crescentes da sociedade atual, a nível profissional e económico, verifica-se menor disponibilidade das famílias para prestarem cuidados aos idosos, a tempo inteiro (Neto & Corte-Real, 2013). Principalmente se existirem limitações significativas ao nível da funcionalidade, a institucionalização trata-se de uma opção em expansão, tanto em Portugal como nos restantes países desenvolvidos (Neto & Corte-Real, 2013). Por outro lado, existem idosos que apresentam um apoio social reduzido ou inexistente, existindo um risco acrescido de institucionalização (Bowling, 1991; Luppa et al., 2009). Neste caso, a ida para uma instituição pode ser a única alternativa que lhes permite lidar com a perda da independência, no desempenho das AVD e AIVD. Além disso, a existência de uma patologia que implique limitações cognitivas (e.g. demência) também é um fator que aumenta o risco de institucionalização; nestes casos, verifica-se um compromisso significativo no desempenho das atividades quotidianas, requerendo a prestação de cuidados numa instituição (Luppa et al., 2009).

A institucionalização corresponde a um tipo particular de mudança de residência, em que os idosos passam de um meio não institucional (e.g. casa própria ou

de familiares), para uma instituição onde são alvo de cuidados, prestados por profissionais (Tobin, 1989). Em Portugal, estes serviços são disponibilizados por entidades públicas ou privadas, em que as últimas podem ou não ter fins lucrativos. As instituições privadas sem fins lucrativos designam-se Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), sendo as instituições que apresentam maior quantidade de serviços para os idosos (e.g. de cariz temporário ou permanente) (Neto & Corte-Real, 2013). O processo de institucionalização inicia-se antes da ida do idoso para a instituição, em que existe a antecipação e consciencialização sobre esse acontecimento (Tobin, 1989). O período antecipatório pode incluir o sentimento de abandono, tristeza, ansiedade e uma redefinição identitária, em que o idoso se vê como uma pessoa que só consegue sobreviver se for alvo de cuidados institucionais (Tobin, 1989). Assim, a institucionalização é considerada um evento stressante para muitos idosos, simbolizando a perda de independência, dos seus hábitos e estilo de vida, segurança e conforto associados à sua casa (Runcan, 2012; Ryff et al., 2012). É muitas vezes um acontecimento traumático para os idosos, em que a perceção de perda origina reações emocionais intensas, que se podem prolongar (Runcan, 2012). Este efeito é particularmente significativo em idosos que apresentem alguma perturbação psicológica prévia (e.g. depressão, perturbação de personalidade, perturbação psicótica) (Baglioni, 1989). Adicionalmente, a perda de entes queridos (e.g. cônjuge) tem um impacto emocional significativo nos idosos, podendo contribuir para o sentimento de solidão e implicando o ajustamento do idoso à nova realidade, em que poderão co-ocorrer múltiplas perdas (Gibson, 2012). Por conseguinte, a perda de entes queridos (e.g. cônjuge) poderá dificultar a vivência do envelhecimento e, especificamente, a adaptação do idoso à institucionalização, tendo em conta o estado de maior fragilidade emocional decorrente da perda do ente querido, numa fase que requer a vivência num novo contexto (e.g. passagem do domicílio para o meio institucional).

É importante salientar que existe uma vulnerabilidade distinta ao impacto da institucionalização, consoante o idoso e o meio em que se encontra (Tobin, 1989). Considerando a questão do (des)equilíbrio entre as exigências do meio e os recursos do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984), a adaptação dos idosos à institucionalização inclui a tentativa de restabelecer a perceção de controlo relativamente ao novo local de residência (Baglioni, 1989). Nas circunstâncias em que a institucionalização não é voluntária, existe maior perceção de vulnerabilidade por parte do idoso, requerendo-se

um esforço acrescido de adaptação. Neste sentido, existem fatores individuais que influenciam a evolução deste processo, tais como: idade, estado de saúde (e.g. diagnóstico e prognóstico da doença), funcionamento cognitivo e tipo de preparação para a institucionalização (e.g. explicações fornecidas, apoio emocional) (Baglioni, 1989). O mesmo autor menciona também alguns fatores ambientais, designadamente: condições da instituição (e.g. segurança, higiene, instalações) e características da prestação de cuidados (e.g. promoção da responsabilização na tomada de decisões, i.e. autonomia, respeito pela direito à privacidade, carinho e não infantilização do idoso, no ato de cuidar) (Baglioni, 1989). Enfatiza-se a personalização da prestação de cuidados, em que o cuidador trata cada idoso como um ser humano único, respeitando as suas necessidades e características específicas e compreendendo as suas dificuldades (Marini, 1999; Tobin, 1989). Desta forma, a adequação dos cuidados à idiossincrasia dos idosos é um fator promotor da adaptação à institucionalização e da qualidade de vida desta população. O cuidador formal assume um papel essencial neste processo, visto que deverá possuir competências técnicas e científicas que lhe permitam prestar cuidados de saúde e identificar dificuldades físicas, cognitivas, emocionais e sociais dos idosos (Neto & Corte-Real, 2013). Assim, o cuidador formal é um prestador de cuidados que deverá ter tido formação específica e é remunerado para exercer as suas funções; tem um horário estabelecido na instituição e desempenha as funções de prestação de cuidados, consoante a sua qualificação (Triantafillou et al., 2010). As tarefas destes profissionais abrangem o apoio aos idosos no desempenho das suas atividades quotidianas (e.g. cuidados pessoais), apoio emocional, assistência médica e diversos tipos de terapia (e.g. fisioterapia, administração da medicação) (Keating, Fast, Dosman, & Eales, 2001).

Se as condições proporcionadas pela instituição e a prestação de cuidados não forem adequadas às necessidades dos idosos, as consequências da institucionalização poderão ser mais negativas, ao nível da saúde e do estado emocional dos idosos (Tobin, 1989). Por exemplo, os possíveis défices ao nível da alimentação, cuidados médicos, estimulação sensorial e/ou cognitiva proporcionados pela instituição, estão associados a uma deterioração do estado de saúde dos idosos (e.g. maior morbilidade, com diminuição da funcionalidade e independência) (Kasl, 1972). Por conseguinte, os idosos nestas circunstâncias apresentam uma perceção mais negativa sobre o seu estado de saúde (e.g. QdVRS), que se pode referir também a outros aspetos (e.g. emocionais e

sociais). A institucionalização envolve um período de adaptação inicial (e.g. entre seis semanas a dois meses, embora a duração possa variar, consoante o idoso). Nesta fase, é expectável que ocorra o aumento do distress psicológico, com o aumento da ansiedade, tristeza e dúvidas sobre as mudanças contextuais e pessoais que os idosos experienciam (Tobin, 1989). Neste sentido, Stein, Linn e Stein (1985) sistematizaram cinco temáticas que são alvo de preocupação por parte dos idosos, na fase inicial de institucionalização: orientação e acomodação na instituição (e.g. locais para comer, dormir); separação da família, amigos e outras pessoas significativas; estado de saúde (e.g. preocupações sobre a doença, dor, medicação, assistência médica disponibilizada na instituição); prestação de cuidados (e.g. preocupação sobre a possibilidade de não serem alvo de respeito e carinho, pelos cuidadores) e espaço pessoal (e.g. preocupação sobre a privacidade e a flexibilidade de horários na instituição). Ao longo do tempo, verifica-se que existe uma tendência para a adaptação dos idosos à permanência na instituição (Bucur, Bucur, & Runcan, 2013; Kasl, 1972; Tobin, 1989). Contudo, tendo em conta as características específicas de cada idoso e instituição, pode ocorrer o aparecimento de sintomatologia depressiva (Neto & Corte-Real, 2013; Kim et al., 2009; Runcan, 2012). A institucionalização encontra-se associada ao aparecimento de depressão nos idosos, principalmente quando existem as seguintes condições: diminuição significativa do contacto com a família e/ou outras pessoas significativas (e.g. número reduzido de contactos e/ou visitas), restrições nas atividades valorizadas pelo idoso e limitações físicas e cognitivas, decorrentes da doença e/ou agravamento do estado clínico (Kasl, 1972). Os idosos institucionalizados tendem a experienciar níveis mais elevados de solidão, devido à diminuição da frequência dos contactos com os elementos da rede de apoio social (Aboim, 2014; Barroso, 2006; Runcan, 2012). Adicionalmente, a perceção negativa sobre o próprio estado de saúde é um preditor da depressão, em idosos institucionalizados (Kim et al., 2009). Por conseguinte, constata-se que a prevalência de depressão é mais elevada na população idosa institucionalizada, em comparação com os idosos não institucionalizados (Black, Rabins, German, McGuire, & Roca, 1997; Rabins et al., 1996; Runcan, 2012). Por sua vez, a existência de depressão reflete-se numa diminuição da perceção de QdVRS e QdV geral dos idosos, a nível físico, psicológico e social (Hardy, 2011; Lin et al., 2014; Orfila et al., 2006; Sivertsen, Bjorklof, Engedal, Selbaek, & Helvik, 2015; Srinivasan et al., 2015). Por exemplo, os idosos institucionalizados e deprimidos reportam sentimentos de frustração, tristeza, desesperança, cansaço, perda de peso, perda de prazer nas atividades, diminuição da

motivação para as interações sociais e menor satisfação com a vida (Runcan, 2012). Neste sentido, no estudo de Lopes et al. (2012), os idosos institucionalizados apresentaram uma visão mais negativa do envelhecimento, comparativamente aos idosos não institucionalizados. Os idosos que estavam no contexto institucional referiram o sentimento de perda, dependência, tristeza e a existência de doenças, decorrentes do envelhecimento. A visão mais negativa do envelhecimento, entre os idosos institucionalizados é mencionada também noutros estudos (Anderson & Dabelko-Schoeny, 2010; Araújo, Coutinho & Saldanha, 2005). Deste modo, torna-se fulcral promover o fortalecimento das relações sociais e o bem-estar emocional, visando a prevenção da sintomatologia depressiva, em idosos institucionalizados (Barbier, 2005; Runcan, 2012). Neste sentido, os idosos institucionalizados que estão mais satisfeitos com o apoio social recebido, reportam menos sintomatologia depressiva (Neto & Corte-Real, 2013). Relativamente à componente social, a interação com os pares e a partilha de histórias (*storytelling*) demonstra-se benéfica para o bem-estar emocional dos idosos, potenciado a sua criatividade e autoestima (Scott & DeBrew, 2009). O *storytelling* corresponde à descrição de histórias que ilustram a vivência subjetiva de cada pessoa, nas diferentes etapas da sua vida (Minocha et al., 2013; Robertson & Hale, 2011). Esta estratégia já foi utilizada em estudos com idosos, concluindo-se que é um recurso relevante na promoção do envelhecimento ativo, nomeadamente na atribuição de significado e elaboração sobre a narrativa de vida (Costa, Polaro, Vahl, & Gonçalves, 2016; Scott & DeBrew, 2009; Stinson, 2009). Adicionalmente o *storytelling* demonstrou eficácia na diminuição da sintomatologia depressiva entre os idosos (Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit, & Cuijpers, 2005), potenciando também a estimulação cognitiva, nomeadamente as capacidades de atenção e memória (Sierpina & Cole, 2004). Salienta-se o potencial terapêutico do *storytelling* entre os idosos, potenciando a validação e valorização das suas vivências, saberes e perspetivas subjetivas sobre si próprios e o mundo (Mitty, 2010). Assim, destaca-se a importância da promoção de relações apoiantes entre os idosos institucionalizados, em que a partilha de histórias é um meio facilitador da interação social.

A partir do que foi apresentado, salienta-se a relevância da conceptualização do envelhecimento como um processo que é simultaneamente individual e contextualizado. Devem ser consideradas as especificidades de cada idoso, ao nível da independência, autonomia, estado emocional e rede de apoio social. Especificamente, a

institucionalização é um acontecimento que influencia o funcionamento físico, cognitivo, emocional e social dos idosos; associa-se às restantes componentes da vivência do envelhecimento e deve ser incluída na avaliação da QdV e QdVRS da população idosa. Estas questões são particularmente importantes no presente estudo, em que se pretende explorar a perceção que os idosos institucionalizados têm acerca da sua QdVRS e do seu processo de envelhecimento, de forma geral (e.g. QdV).

4. O presente estudo

No âmbito do estudo da perceção que os idosos institucionalizados têm sobre a sua QdV e QdVRS, pretende-se compreender como é que esta população vive o processo de envelhecimento. Para que tal seja possível, visa-se a exploração dos fatores que influenciam a vivência do envelhecimento, considerando o facto de os idosos estarem numa instituição onde são alvo de cuidados. Deste modo, o presente estudo promove o aumento do conhecimento sobre a vivência do envelhecimento no contexto de institucionalização. Esta questão é particularmente relevante na sociedade atual, pois verifica-se o aumento do número de idosos em Portugal. Adicionalmente, a institucionalização da população idosa também se encontra em expansão, devido às contingências profissionais e económicas, que implicam menor disponibilidade das famílias para prestar cuidados aos idosos.

Neste sentido, torna-se fulcral identificar os fatores que dificultam a vivência do envelhecimento e, por outro lado, os fatores que contribuem para o aumento da QdV e QdVRS dos idosos institucionalizados. Por conseguinte, são consideradas as dificuldades e os recursos utilizados por esta população, visando-se uma abordagem inclusiva, que tem em conta os aspectos negativos e positivos na experiência pessoal de envelhecimento. Esta perspetiva é congruente com a possibilidade de compensação dos défices associados ao envelhecimento, em que poderá existir um equilíbrio entre ganhos e perdas. Pretende-se compreender em que medida é que este processo de equilibração ocorre entre os idosos, atendendo à especificidade da estadia numa instituição. Desta forma, definiu-se um objetivo geral de investigação:

(1) Avaliar a perceção de qualidade de vida (QdV) do idoso institucionalizado, através da análise exploratória das respetivas significações sobre a vivência subjetiva do envelhecimento e da institucionalização.

Relativamente aos objetivos específicos, o presente estudo visa:

1.1. Compreender a percepção subjetiva do idoso institucionalizado sobre o processo de envelhecimento;

1.2. Identificar as principais dificuldades e aspectos positivos considerados pelo idoso, na vivência do processo de envelhecimento;

1.3. Compreender o impacto da institucionalização na percepção de qualidade de vida do idoso, através da exploração das principais dificuldades e aspectos positivos da vivência no meio institucional;

1.4. Explorar o impacto da prestação de cuidados na percepção de qualidade de vida do idoso;

1.5. Avaliar a percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) do idoso institucionalizado;

1.6. Compreender o impacto da rede de apoio social na adaptação do idoso à institucionalização;

1.7. Explorar os recursos (internos e externos) utilizados pelo idoso, no confronto com as dificuldades decorrentes do envelhecimento e da institucionalização.

Capítulo 2. Metodologia

Neste capítulo apresenta-se a metodologia do presente estudo. Com efeito, descreve-se o desenho da investigação, as características da amostra, os instrumentos utilizados na recolha de dados e os procedimentos de recolha de dados e análise de resultados.

1. Desenho da investigação

O presente estudo apresenta uma natureza qualitativa, procurando-se captar a vivência subjetiva dos idosos institucionalizados, através da análise qualitativa da informação proveniente de um instrumento de autorrelato e de uma entrevista. Trata-se de um estudo de cariz exploratório e descritivo, pois pretende-se explorar as significações dos idosos institucionalizados sobre a sua experiência, e descrever a forma como pensam e vivem o processo de envelhecimento, no contexto da institucionalização. Os dados foram recolhidos num único momento temporal, pelo que o estudo é transversal. Deste modo, as significações dos idosos referem-se à forma como conceptualizam atualmente as diferentes experiências da sua vida.

2. Amostra

Utilizou-se uma amostra de conveniência. Os dados foram recolhidos numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) do concelho de Almada. Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram os seguintes: ser idoso institucionalizado, ter idade igual ou superior a 60 anos, estar consciente e orientado no tempo e no espaço (e.g. sem síndrome demencial diagnosticada) e ter capacidade para comunicar verbalmente, sem défices severos na fala, audição e/ou visão.

2.1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 6 participantes, dos quais 4 são do sexo masculino e 2 do sexo feminino. As idades dos participantes estão compreendidas entre os 64 e os 87 anos, sendo que a média de idades é 76 anos. O nível de escolaridade varia entre a ausência de escolarização e o 4ºano, sendo que uma utente não frequentou a escola, um utente tem o 3ºano e quatro utentes completaram o 4ºano de escolaridade. Todos os participantes tiveram um Acidente Vascular Cerebral (AVC), realizando tratamentos médicos na instituição. Os AVC's ocorreram entre setembro de 2015 e janeiro de 2017. Especificamente, um utente sofreu o AVC em 2015, três utentes em 2016 e dois utentes em 2017. Em relação ao regime de institucionalização, quatro utentes encontravam-se

na unidade de cuidados de média duração, enquanto os restantes estavam na unidade de cuidados de longa duração. O tempo de institucionalização variava entre três meses e dois anos: os quatro utentes que recebiam cuidados de média duração estavam na instituição há três meses; uma das utentes que estava no regime de longa duração estava há 6 meses na instituição, enquanto o outro utente estava institucionalizado há 2 anos.

3. Instrumentos de recolha de dados

Os idosos que integraram a amostra da presente investigação responderam a dois instrumentos de autorrelato: Questionário sociodemográfico do idoso (QSDI) e Questionário sobre a perceção do próprio relativamente ao seu estado de saúde (SF-36 v2). Utilizou-se também uma entrevista semiestruturada, construindo-se um guião para a realização da mesma. A entrevista possibilita uma compreensão mais aprofundada e contextualizada sobre a vivência do processo de envelhecimento, por parte dos idosos institucionalizados.

3.1. Questionário sociodemográfico do idoso (QSDI)

O QSDI (Anexo B) que foi apresentado aos participantes inclui as seguintes dimensões: identificação (e.g. informação demográfica), saúde física e mental (e.g. capacidades visuais e auditivas, doenças diagnosticadas e tratamentos realizados), situação relativamente à vida ativa (e.g. profissão, idade e motivo da reforma), agregado familiar (e.g. pessoas com quem coabita, condições de habitação e rendimento), acontecimentos de vida críticos durante o último ano, religião (e.g. existência de crenças e/ou práticas religiosas), ocupação de tempos livres (e.g. realização de atividades de lazer dentro e fora de casa, durante o último ano) e caracterização psicossocial (e.g. frequência das saídas de casa e manutenção de relações interpessoais). As dimensões abrangidas pelo questionário visam a compreensão sobre as características sociodemográficas dos participantes, do ponto de vista individual e contextual (e.g. nível físico, psicológico, familiar e social).

3.2. Questionário de perceção sobre o estado de saúde (SF-36 v2)

O SF-36 (v2) (Anexo C) é um questionário constituído por 36 itens, que se destina a avaliar a perceção de cada indivíduo sobre o seu estado de saúde, ou seja, a sua QdVRS (Lisse, Espinoza, Zhao, Dedhiya, & Osterhaus, 2001; Severo, Santos, Lopes & Barros, 2006). Foi criado no âmbito do projeto *Medical Outcomes Study (MOS)*, desenvolvido por John Ware e a sua equipa (Ware et al.,1993). O propósito do

projecto *MOS* era compreender as causas das variações dos pacientes, relativamente aos resultados dos tratamentos médicos (Ferreira, 2000). Para tal, visou-se a construção de instrumentos que permitissem a monitorização dos resultados. O SF-36 (v2) corresponde a um desses instrumentos, que mede conceitos de saúde de modo genérico. Assim, destina-se à deteção de estados positivos e negativos, relativamente a conceitos básicos sobre a funcionalidade e bem-estar de cada indivíduo (Alonso, Prieto, & Antó, 1995; Ware, 1987). Adicionalmente, o SF-36 (v2) não se restringe a uma faixa etária, doença e/ou tratamento específicos, tendo uma aplicabilidade abrangente (Ferreira, 1998). Este instrumento inclui oito dimensões referentes ao estado de saúde, englobando as componentes física e mental (Ferreira, 2000; Lisse et al., 2001; Severo et al., 2006). Através da análise da consistência interna e das componentes principais do instrumento, verificou-se que a componente da saúde física se correlaciona fortemente com os itens da dimensão física. De igual modo, a componente da saúde mental apresenta uma correlação elevada com os itens da dimensão mental (Severo et al., 2006). Relativamente à consistência interna, a dimensão física apresenta um alfa de Cronbach de 0.82, enquanto o alfa de Cronbach da dimensão mental é 0.87 (Severo et al., 2006).

As oito dimensões que constituem o questionário são: Funcionamento Físico (e.g. mede as limitações na execução de atividades físicas com diferentes graus de exigência – menor, intermédio e extenuante), Desempenho Físico (e.g. refere-se às limitações sentidas na saúde física, ao nível do tipo e da quantidade de atividades desempenhadas), Desempenho Emocional (e.g. avalia as limitações decorrentes de problemas emocionais, no tipo e na quantidade de atividades realizadas), Dor Corporal (e.g. mede a intensidade, o desconforto causado pela dor e a sua interferência no desempenho das atividades quotidianas), Saúde Geral (e.g. refere-se à perceção holística de saúde, incluindo o estado de saúde atual, a resistência à doença e a aparência saudável), Vitalidade (e.g. destina-se à avaliação dos níveis de energia e fadiga), Funcionamento Social (e.g. foca-se na quantidade e qualidade das atividades sociais, e no impacto dos problemas físicos e emocionais nestas atividades), e Saúde Mental (e.g. abrange a ansiedade, a depressão, a perda de controlo emocional e/ou comportamental e o bem-estar psicológico) (Ferreira, 2000; Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2012). A componente física é constituída pelas dimensões Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal e Saúde Geral. As dimensões Desempenho Emocional, Saúde

Mental, Funcionamento Social e Vitalidade compõem a componente mental (Ferreira et al., 2012). Um dos 36 itens não se inclui em nenhuma das dimensões, fornecendo informação sobre a mudança geral na saúde do indivíduo, relativamente ao período do ano anterior (Ferreira, 2000). Considerando o que foi mencionado, o SF-36 (v2) remete para um conceito global de saúde, congruente com a definição proposta pela WHO (1997): “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”.

Os indivíduos respondem aos itens do questionário numa escala de Likert de 3 ou 5 pontos; a cotação dos itens é efetuada numa escala compreendida entre 0 e 100 (Ferreira, 2000; Ferreira et al., 2012). Quanto mais elevada for a pontuação nas oito dimensões e nas duas componentes principais (e.g. física e mental), maior é a perceção de QdVRS do indivíduo (Lisse et al., 2001).

3.3. Guião de entrevista semiestruturada

O guião da entrevista (Anexo D) utilizado neste estudo foi construído pela presente investigadora e uma colega que realizou uma investigação na mesma área de estudos. O objetivo foi construir um guião que apresentasse aplicabilidade e utilidade na exploração da temática da qualidade de vida de idosos institucionalizados.

Pretendeu-se que a entrevista fosse semiestruturada, possibilitando a compreensão sobre as crenças, valores e perceção dos participantes sobre o processo de envelhecimento, o ato de cuidar, as suas principais dificuldades, necessidades, desejos e satisfação. Assim, a entrevista semiestruturada visa captar a vivência subjetiva dos participantes sobre as temáticas consideradas, permitindo a clarificação e a obtenção de mais informação sobre as mesmas (Barriball & While, 1994). Neste sentido, a realização de uma entrevista semiestruturada implica uma interação dinâmica entre o investigador e o participante, elicitando a análise do comportamento não verbal demonstrado pelo indivíduo (e.g. gestos, tom de voz, contacto visual). Por conseguinte, constitui uma oportunidade para recolher informação mais específica e contextualizada, complementando os dados recolhidos através dos instrumentos de autorrelato. O principal objetivo da entrevista semiestruturada foi explorar a visão subjetiva dos idosos sobre o envelhecimento, a prestação de cuidados, e a sua QdV e QdVRS. Para compreender a vivência do envelhecimento por parte dos idosos institucionalizados, pretendeu-se entender o significado subjetivo deste processo e as mudanças vividas

pelos idosos. Relativamente à prestação de cuidados, procurou-se perceber a perspetiva dos idosos sobre as características do ato de cuidar, a sua vivência como alvo de cuidados na instituição e o impacto da institucionalização na sua QdV. De modo a captar a idiossincrasia na vivência do envelhecimento e da institucionalização, visou-se a identificação das principais dificuldades, necessidades e desejos dos idosos. A par da enumeração destes aspetos, pretendeu-se compreender o respetivo impacto na QdV e na QdVRS dos idosos (e.g. a nível físico, emocional e social). Na parte dos desejos, abordaram-se também possíveis recursos (e.g. internos e externos), que os idosos consideravam que poderiam ser utilizados para lidar com as suas dificuldades. Por fim, procurou-se aumentar o conhecimento sobre a satisfação dos idosos com a sua vida em geral, a sua saúde e a prestação de cuidados; a satisfação dos indivíduos com estas questões integra a avaliação da QdV e da QdVRS.

4. Procedimento

4.1. Recolha de dados

Após a obtenção da autorização da instituição para a realização do estudo, os idosos foram contactados presencialmente, de modo a aferir a sua disponibilidade para participar no mesmo. A psicóloga da instituição realizou uma triagem prévia dos idosos, para que reunissem os critérios de inclusão no estudo. De seguida, os idosos que aceitaram participar assinaram o consentimento informado (Anexo A), que foi apresentado sob a forma escrita e lido em voz alta pela investigadora. O consentimento informado referia-se a ambas as fases do estudo (e.g. preenchimento dos instrumentos de autorrelato e participação numa entrevista semiestruturada). Seguiu-se o preenchimento do questionário sociodemográfico e do SF-36 (v2). A aplicação dos mesmos foi presencial, sendo que a investigadora escrevia as respostas que os participantes davam verbalmente. As dificuldades ao nível da motricidade fina (e.g. decorrentes de AVC's) e/ou leitura motivaram o preenchimento dos questionários pela investigadora, enquanto os idosos respondiam verbalmente. Na segunda fase do estudo, realizou-se uma entrevista semiestruturada aos idosos. Esta foi realizada pela investigadora, que procedeu à gravação da mesma. A gravação foi autorizada pelos idosos participantes. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas pela investigadora e alvo de uma Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI).

4.2. Análise de resultados

Relativamente ao procedimento de análise de resultados, utilizou-se uma abordagem qualitativa, para analisar o conteúdo das entrevistas e os resultados do SF-36 (v2), em comparação com a informação proveniente da entrevista.

4.2.1. Análise Fenomenológica Interpretativa do conteúdo das entrevistas

A análise do conteúdo das entrevistas realizou-se a partir de um processo exploratório, baseado na Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI). Trata-se de um método de análise dos dados qualitativos, baseado na fenomenologia e no interacionismo simbólico (Shinebourne, 2011). O ser humano interpreta e compreende o mundo através da construção ativa da sua narrativa de vida e atribuição de significado, que emerge no contexto das interações sociais (Brocki & Wearden, 2006; Shinebourne, 2011). Partindo deste pressuposto, a AFI visa a exploração dos processos que as pessoas utilizam para conferir sentido às suas experiências, assim como as suas crenças, significados e opiniões; privilegia-se a reflexividade dos participantes e as interpretações que fazem sobre o que vivenciam (Brocki & Wearden, 2006). A AFI tem sido utilizada na área da Psicologia da Saúde (Brocki & Wearden, 2006; Smith & Osborn, 2007), mais especificamente na investigação sobre a doença crónica (Bramley & Eatough, 2005; Reynolds & Prior, 2003) e a vivência dos profissionais de saúde (Michie, Hendy, Smith, & Adshead, 2004).

Por outro lado, destaca-se o trabalho interpretativo do investigador na compreensão da experiência reportada pelos participantes (Biggerstaff, 2008; Fade, 2004; Larkin, Watts, & Clifton, 2006). Este facto remete para a intersubjetividade inerente à investigação realizada através desta metodologia (Larkin & Thompson, 2012).

A análise dos dados decorreu de forma sequencial, incluindo diferentes etapas. Procedeu-se à transcrição das verbalizações dos participantes, que tinham sido obtidas através da entrevista semiestruturada (Anexo E). Utilizou-se uma abordagem exploratória e *bottom-up*, em que os dados foram analisados do particular para o geral.

Em primeiro lugar, identificaram-se os temas centrais subjacentes às verbalizações dos participantes, sem recorrer a nenhum modelo teórico pré-estabelecido. Considerava-se apenas o discurso dos participantes. Os temas centrais

correspondem às unidades elementares de análise, que emergem das verbalizações dos participantes (Braun & Clarke, 2006). De seguida, realizou-se a codificação e categorização das verbalizações, agrupando os temas em subcategorias. Por fim, surgiram as categorias, que correspondem a estruturas globais, que sintetizam a informação de modo inclusivo. Deste modo, efetuou-se um processo indutivo, em que se pretendeu explorar a informação de modo analítico (e.g. aspetos particulares), agrupando-a posteriormente em categorias mais gerais (e.g. síntese) (Larkin & Thompson, 2012). A análise progrediu da descrição para a interpretação (Braun & Clarke, 2006). Inicialmente, identificaram-se os significados explícitos nas verbalizações dos indivíduos (e.g. o que o participante disse; nível semântico). Progressivamente, procuraram-se os significados mais abstratos subjacentes às verbalizações, encontrando-se padrões de resposta gerais (e.g. categorias).

Escolheu-se a AFI como método de análise na presente investigação para compreender detalhadamente a experiência fenomenológica dos idosos, relativamente à vivência do envelhecimento e da institucionalização. A AFI permite alcançar um entendimento aprofundando sobre a complexidade dos fenómenos em estudo, de acordo com a experiência única dos indivíduos, no contexto sociocultural em que estão inseridos (Biggerstaff, 2008; Braun & Clarke, 2006; Shinebourne, 2011; Smith & Osborn, 2007).

4.2.2. Análise individual dos resultados do SF-36 (v2) e da entrevista

Os resultados obtidos através do SF-36 (v2) foram analisados de modo qualitativo, estabelecendo-se a comparação com a informação que emergiu da entrevista. Consideraram-se os resultados do SF-36 (v2) de acordo com três dimensões: física, emocional e social. Esta divisão baseou-se no conteúdo dos itens do questionário, que remetem o funcionamento dos indivíduos nestas áreas, e no conceito de saúde proposto pela WHO (1997), referido anteriormente. Os resultados de cada participante foram contrastados com as suas verbalizações na entrevista, que explicitam as (in) congruências com os resultados do SF-36 (v2).

A apresentação e a análise dos resultados são descritas no capítulo seguinte, abordando-se a forma como os idosos institucionalizados reportam a sua vivência do envelhecimento no contexto institucional.

Capítulo 3. Análise de resultados

No presente capítulo apresentam-se os resultados obtidos através da Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI) do conteúdo das entrevistas, assim como a comparação entre os resultados obtidos através do SF-36 (v2) e da entrevista. Os resultados são apresentados de acordo com os objetivos de investigação pré-estabelecidos.

1. Resultados obtidos através da Análise Fenomenológica Interpretativa do conteúdo das entrevistas

São apresentadas as categorias e subcategorias que surgiram no processo de análise, caracterizando-as e exemplificando com verbalizações dos participantes. Pretende-se facultar uma perspetiva compreensiva sobre a vivência dos idosos, através da descrição da informação que se obteve através dos seus relatos subjetivos. As verbalizações dos participantes são identificadas através do código atribuído ao idoso e o número de cada verbalização (e.g. ID1, 1; ID1, 2; ID1, 3 e assim sucessivamente). Cada participante é identificado através da sigla ID (significa idoso), seguida do respetivo número (entre 1 e 6).

No decurso da análise de dados, emergiram 12 categorias, nomeadamente: Explicação e vivência do envelhecimento, Nível de satisfação com a vida, Vivência da institucionalização, Definição do ato de cuidar, Prestação de cuidados por parte dos utentes, Vivência da Doença, Relações familiares, Relações sociais fora da instituição, Condições económicas, Crenças religiosas, Capacidade de comunicação verbal dos utentes e Outras. A descrição das quatro últimas categorias apresenta-se em anexo (Anexo F), visto que não se relacionam directamente com os objetivos da presente investigação.

Foram identificadas subcategorias de 1ª, 2ª e 3ª ordem, sendo que a apresentação das subcategorias de 3ª ordem se encontra em anexo (Anexo F), tendo em conta o grau de pormenor que apresentam. Assim, segue-se a descrição das categorias consideradas relevantes para os objetivos do estudo, e as subcategorias de 1ª e 2ª ordem subjacentes.

Objetivo geral: Avaliar a perceção de qualidade de vida (QdV) do idoso institucionalizado, através da análise exploratória das respetivas significações sobre a vivência subjetiva do envelhecimento e da institucionalização.

Objetivos específicos: Compreender a percepção subjetiva do idoso institucionalizado sobre o processo de envelhecimento;

Identificar as principais dificuldades e aspetos positivos considerados pelo idoso, na vivência do processo de envelhecimento.

Explicação e vivência do envelhecimento

Esta categoria inclui as significações dos idosos sobre dois aspetos fundamentais: por um lado, a forma como conceptualizam e definem o processo de envelhecimento e por outro lado, a sua vivência individual e subjetiva desse processo. Ambos os aspetos estão interligados, visto que o modo como o idoso constrói significado sobre o envelhecimento engloba o que pensa e sente sobre esse processo e também o que vivencia durante o mesmo. Deste modo, foram identificadas duas subcategorias de 1ª ordem, designadamente: *Idiossincrasia na explicação do envelhecimento* e *Vivência do envelhecimento*.

a) Idiossincrasia na explicação do envelhecimento

Traduz a especificidade inerente à forma como os idosos compreendem e definem o processo de envelhecimento. Enfatiza o cariz subjetivo e individual da explicação do envelhecimento, destacando-se a dificuldade em definir este processo. Por exemplo, a seguinte verbalização ilustra este aspeto: “(...) não dá sequer para explicar. Só se sabe quando se sente e vive a situação.” (ID1, 19). Adicionalmente, verificou-se que os idosos associavam determinados conceitos com a explicação do processo de envelhecimento, nomeadamente: a idade cronológica e a reforma. Estas associações traduzem a individualidade na explicação do envelhecimento, visto que os idosos mencionaram os aspetos que estavam associados a este processo segundo a sua perspetiva subjetiva. Por conseguinte, destacam-se três sub-categorias de 2ª ordem, referentes à idiossincrasia na explicação do envelhecimento: *identificação com a velhice*, *percepção sobre a relação entre a idade cronológica e o envelhecimento*, e *percepção sobre a relação entre a reforma e o envelhecimento*. A *identificação com a velhice* diz respeito à especificidade da definição do envelhecimento (“(...) não sei como vou responder a isso” (ID2, 1)) e à variabilidade que ocorre no processo de identificação dos idosos com as características da velhice. Por exemplo, um idoso afirmava que “(...) eu ainda não sou velho” (ID2, 61), enquanto outra idosa dizia que “(...) não é velha como eu sou” (ID4, 57). Assim, a identificação (ou não) com a

velhice demonstra-se na dificuldade em explicar o que é o envelhecimento e nas diferenças na conceptualização sobre o que é viver a velhice.

Por outro lado, quatro idosos associaram a idade cronológica ao envelhecimento, como se pode ver através das seguintes verbalizações: “Agora já são 87 anos...” (ID3, 7), “(...) Eu tenho 87 anos.” (ID4, 58), “Chegando a certa idade, já não dá nada...” (ID5, 8), “(...) e depois com a idade já não conseguimos fazer (...)” (ID6, 3). A associação entre a reforma e o envelhecimento foi mencionada por dois idosos: “Deixei de trabalhar e foi o suficiente” (ID5, 11) e “Eu trabalhava e quando parei é que comecei a perceber que estava a ficar mais velha” (ID6, 7).

b) Vivência do envelhecimento

A vivência do envelhecimento refere-se à percepção que os idosos têm sobre a sua experiência pessoal de envelhecimento, abrangendo as consequências sentidas tanto a nível físico como emocional. É importante salientar que todos os idosos reportaram implicações negativas do envelhecimento (pelo menos a nível físico ou emocional, ou em ambos). Apenas um idoso referiu a existência de aspetos positivos e negativos no envelhecimento, e dois idosos mencionaram a manutenção de capacidades na vivência deste processo. Nenhum dos idosos entrevistados falou na existência de ganhos associados ao envelhecimento. Deste modo, foram estabelecidas três subcategorias de 2ª ordem: *implicações negativas do envelhecimento*, *equilíbrio entre as implicações positivas e negativas do envelhecimento* e *manutenção das capacidades pessoais na vivência do envelhecimento*.

As *implicações negativas do envelhecimento* englobam as consequências negativas decorrentes deste processo, vividas e reportadas pelos idosos participantes. Incluem as *implicações físicas e as implicações emocionais*, que constituem subcategorias de 3ª ordem. Por exemplo as verbalizações: “Perde-se vitalidade (...)” (ID1, 2) e “Vêm as doenças” (ID4, 22) ilustram as implicações físicas negativas do envelhecimento. As verbalizações: “(...) até se perde a razão de viver (...)” (ID1, 4) e “É uma tristeza muito grande” (ID3, 1) traduzem as implicações emocionais negativas do envelhecimento. O *equilíbrio entre as implicações positivas e negativas do envelhecimento* foi referido por um idoso, na verbalização “Pode haver algumas (e.g. partes positivas no envelhecimento) e outras não” (ID2, 7). Quando lhe foi pedido para especificar, o idoso afirmou que o aspeto positivo do envelhecimento era continuar a ser independente,

sendo que o aumento da dependência era o aspecto negativo, que correspondia à sua vivência. Por fim, reconheceu-se a *manutenção das capacidades pessoais na vivência do envelhecimento*, relativamente à capacidade para concretizar objetivos e ao desejo sexual, respetivamente: “Vejo mais velhos que conseguem atingir o que querem” (ID2, 62) e “O meu marido com 90 anos era uma pessoa que às vezes me perguntava e ainda me aparecia todo enfeitado, está a ver?” (ID4, 53).

Nível de satisfação com a vida

Relativamente ao nível de satisfação com a vida, incluem-se as perceções subjetivas dos idosos relativamente às suas vidas, que são aqui conceptualizadas de modo geral. Logo, são significações que descrevem a forma como os idosos compreendem a sua vivência atual, genericamente. Emergiram duas subcategorias de 1ª ordem, que traduzem a apreciação negativa ou positiva dos idosos relativamente às suas vidas: *perceção de insatisfação com a vida* e *perceção de satisfação com a vida*.

a) Perceção de insatisfação com a vida

Apresentam-se as significações da única idosa que verbalizou a perceção negativa sobre a própria vida, considerando que não conseguia obter qualquer tipo de satisfação na sua vivência atual: “Nada me deixa satisfeita na vida” (ID4, 44).

b) Perceção de satisfação com a vida

Em oposição à subcategoria anterior, agrupam-se aqui as significações dos idosos relativamente à satisfação que sentem com a sua vida no momento presente. Os participantes formularam as verbalizações de modo genérico e conciso, sem fornecer detalhes ou especificações sobre os aspetos que contribuíam para a sua satisfação com a vida. Três idosos reportaram satisfação relativamente às suas vidas: “(...) a minha vida não é assim muito má.” (ID3, 48); “Com a vida, está tudo bem.” (ID5, 56) e “Eu diria que é boa (e.g. a vida atualmente)” (ID6, 34).

Objetivos específicos: Compreender o impacto da institucionalização na perceção de qualidade de vida do idoso, através da exploração das principais dificuldades e aspetos positivos da vivência no meio institucional;

Explorar o impacto da prestação de cuidados na perceção de qualidade de vida do idoso;

Explorar os recursos (internos e externos) utilizados pelo idoso, no confronto com as dificuldades decorrentes do envelhecimento e da institucionalização.

Vivência da institucionalização

Nesta categoria, reúnem-se as construções individuais que ilustram a forma como os idosos atribuem significado à experiência pessoal de institucionalização. A presente categoria pretende captar de modo abrangente a forma como os idosos lidam com a institucionalização; desta forma, inclui as significações que traduzem a percepção dos idosos sobre os fatores que são prévios à institucionalização e os fatores que são parte integrante da sua vivência atual. De modo a obter uma perspectiva organizadora, estabeleceram-se cinco subcategorias de 1ª ordem: *problemas físicos e emocionais prévios à institucionalização*, *decisão de institucionalização*, *impacto da institucionalização*, *percepção sobre a prestação de cuidados e (in)satisfação com a estadia na instituição*.

a) Problemas físicos e emocionais prévios à institucionalização

Descreve as dificuldades físicas e emocionais que os idosos reportaram como sendo prévias à ida para a instituição. Engloba as suas perspectivas individuais sobre acontecimentos que ocorreram durante as suas vidas e que se refletem no seu estado físico e/ou emocional atual. Considerando a continuidade existente nas narrativas de vida do ser humano (e especificamente no processo de envelhecimento), torna-se relevante considerar os problemas físicos e emocionais prévios, que os idosos consideram significativos e que influenciam a forma como pensam e sentem sobre o passado, o presente e o futuro. Assim, destacam-se três subcategorias de 2ª ordem: *problemas emocionais prévios à institucionalização*, *impacto emocional negativo da perda de entes queridos* e *problemas físicos prévios à institucionalização*. Os *problemas emocionais prévios à institucionalização* referem-se à vivência de estados emocionais negativos e/ou à utilização de estilos de pensamento desadaptativos, ao longo da vida. Duas participantes referiram verbalizações que se incluem nesta subcategoria. Por exemplo, uma idosa referiu: “Sempre tive a vida desgostosa, nunca tive assim grande alegria” (ID4, 8), o que remete para a vivência de tristeza de modo contínuo, durante a sua vida. Outra idosa mencionou: “Só que penso sempre o pior, sempre fui assim” (ID3, 46), indicando a utilização de um estilo de pensamento desadaptativo transversal a várias situações de vida (e.g. catastrofização). No que

concerne ao *impacto emocional negativo da perda de entes queridos*, incluem-se as respostas emocionais dos idosos relativamente à perda de pessoas significativas, assim como as suas construções individuais sobre a vivência do luto. Duas idosas mencionaram o impacto emocional negativo da perda do marido, sendo que uma das idosas também tinha perdido o filho no decurso da sua vida. As reações emocionais reportadas incluem a tristeza decorrente da perda do ente querido: “É uma tristeza total desde que o meu marido morreu” (ID4, 45). Relativamente à forma como as idosas constroem significado na vivência do luto, destacam-se: a percepção negativa sobre a viuvez, comparativamente ao casamento: “se o meu marido fosse vivo, a vida era melhor, comparando com o que é” (ID3, 8) e a perda de sentido na vida: “(...) nada me faz sentido desde que o meu marido morreu” (ID4, 59). Estas verbalizações indicam uma vivência negativa do luto, em que se verifica a incapacidade para conferir significado à vida, no caso de uma idosa (ID4). A subcategoria *problemas físicos prévios à institucionalização* inclui as significações de apenas uma idosa sobre a deterioração do seu estado de saúde, antes da institucionalização: “Quando estava na minha casa, tinha perdido 12 kg, e já tinha a falta de apetite antes” (ID4, 41). Somente no caso desta participante foram identificados problemas físicos antes da institucionalização, que não estavam diretamente relacionados com o aparecimento da doença (e.g. AVC).

b) Decisão de institucionalização

Esta subcategoria inclui a percepção subjetiva de uma idosa acerca da institucionalização, incidindo na dificuldade em aceitar essa realidade e na tristeza subjacente. Por outro lado, engloba também os recursos internos que a idosa utilizava espontaneamente, para facilitar o processo de aceitação da institucionalização. Salienta-se que as significações desta idosa são referentes à ida para uma instituição posteriormente à institucionalização atual (e.g. mudança da UCC para um lar de idosos). Nenhum dos participantes mencionou a forma como reagiu à decisão de institucionalização na UCC onde se encontravam atualmente. No entanto, considerou-se relevante analisar as significações da idosa relativamente à ida para o lar, visto que se trata de um processo de institucionalização, que apresenta um impacto emocional significativo e requer a utilização de recursos internos, por parte dessa idosa. Com efeito, distinguem-se duas subcategorias de 2ª ordem: *impacto emocional negativo da decisão de institucionalização* (“Com muita tristeza, nem sei explicar... Porque se eu

pudesse ficava na minha casa”) (ID3, 27) e *recursos internos utilizados para facilitar a aceitação da decisão de institucionalização* (“Sei que o lar é bom e a senhora de lá é muito minha amiga. Estou com a esperança que corra bem”) (ID3, 57; ID3, 58).

c) Impacto da institucionalização

Traduz as construções individuais que os idosos elaboram relativamente às consequências que a institucionalização apresenta no seu funcionamento físico, emocional e relacional. Este processo de atribuição de significado à institucionalização apresenta uma conotação negativa, na perspetiva dos idosos entrevistados. Com efeito, são mencionadas implicações negativas da institucionalização, vividas de forma subjetiva, a nível físico, emocional, relacional e na diminuição da autonomia envolvida na tomada de decisão. Neste sentido, destaca-se o impacto significativo da institucionalização nas diferentes áreas de funcionamento dos idosos, remetendo para uma influência negativa deste fenómeno, de forma global. As significações que se referem à utilização de estratégias para lidar com as dificuldades emocionais também se incluem nesta subcategoria, pois descrevem os recursos que os idosos usam para lidar com as implicações emocionais da institucionalização. De modo a sistematizar o impacto da institucionalização na vida dos idosos, distinguem-se cinco subcategorias de 2ª ordem: *implicações físicas negativas da institucionalização*, *implicações emocionais negativas da institucionalização*, *recursos utilizados para lidar com as implicações emocionais negativas da institucionalização*, *percepção sobre as dificuldades na interação com os utentes da instituição* e *diminuição da autonomia resultante da tomada de decisão pelos profissionais da instituição*.

A percepção subjetiva que os idosos têm sobre a existência de problemas físicos devido à institucionalização traduz-se na subcategoria *implicações físicas negativas da institucionalização*. Dois idosos referiram estes aspetos, designadamente: perda de peso (“Emagreci muito aqui e continuo a emagrecer”) (ID1, 69) e falta de apetite (“(...) parece que quando chega a hora do comer nunca tenho vontade de comer.”) (ID4, 40). Relativamente às *implicações emocionais negativas da institucionalização*, incluem-se as significações que traduzem as dificuldades manifestadas pelos idosos, no confronto com a institucionalização. A ocorrência de episódios de choro foi reportada por dois idosos: “Antes, sentia-me bem, sem chorar. Aqui era constantemente, porque não me sentia bem.” (ID1, 66; ID1, 67) e “Olhe, às vezes choro (...)” (ID3, 39). Verificou-se

também a existência de pensamentos ruminativos, no caso de um idoso que apresentava episódios de choro: “Fico a pensar nisso tudo (e.g. dificuldades sentidas na instituição) e parecem martelos a bater na minha cabeça” (ID1, 68). A angústia devido ao facto de estar longe de casa é sinalizada por um dos idosos entrevistados: “Sinto um bocadinho de angústia, estar longe de casa é complicado” (ID2, 10).

Entre os *recursos utilizados para lidar com as implicações emocionais negativas da institucionalização*, salienta-se a percepção sobre a ausência de recursos: “Não sei, não faço nada.” (ID1, 74). Contudo, este participante minimizou as queixas significativas que fizera, durante a entrevista: “A gente não se pode queixar. São estas pequenas coisas” (ID1, 83) quando anteriormente tinha demonstrado insatisfação significativa com a estadia na instituição: “Agora já estou a acabar o tormento, porque para mim era um tormento.” (ID1, 63). A única idosa que identificou estratégias para lidar com a tristeza referiu: “(...) outras vezes levanto-me e dou uns passos até além...para me esquecer destas coisas e distrair-me (...) (ID3, 40). Estas estratégias correspondem ao evitamento dos pensamentos sobre os assuntos que provocavam tristeza, através da distração.

A nível relacional, destaca-se a *percepção sobre as dificuldades na interação com os utentes da instituição*, referida por dois idosos. Um dos participantes demonstrou dificuldade em contactar com utentes que apresentavam doenças que considerava perturbadoras do seu bem-estar emocional: “E acho que não deviam ter as pessoas que são 100% sãs e lúcidas com as pessoas que têm aquelas doenças todas que nos perturbam” (ID1, 29). Outra participante abordou as dificuldades na interação com certos utentes, devido à sua percepção sobre a falta de educação dos mesmos: “Com os utentes, há alguns que “não me entram cá dentro”, principalmente aqueles que são mal educados. Não posso com pessoas mal educadas.” (ID6, 37).

Por fim, um dos participantes demonstrou uma percepção negativa sobre as decisões tomadas pelos profissionais da instituição, relativamente a um assunto que dizia respeito à vida pessoal do utente (e.g. mudança de instituição). Sendo que a autonomia corresponde à capacidade para tomar decisões sobre si e implementá-las (Fine & Glendinning, 2005), verifica-se uma diminuição da autonomia no caso deste participante. Logo, foi criada a subcategoria *diminuição da autonomia resultante da tomada de decisão pelos profissionais da instituição*, em que as seguintes verbalizações

são elucidativas: “Para onde eles me querem mandar, eu vou.” (ID5, 36) e “A Dra. quer mandar-me embora para outro lado. O outro lado não interessa a ninguém, aquilo é pior que Deus me livre...” (ID5, 37).

d) Percepção sobre a prestação de cuidados

Inclui as significações dos idosos que traduzem a forma como perspectivam os cuidados prestados na instituição. Refere-se à percepção que os idosos têm sobre a sua experiência subjetiva enquanto alvo de cuidados, incluindo os cuidados médicos e assistenciais. Assim, a subcategoria incide na atribuição de significado elaborada pelos idosos, relativamente à sua experiência de receção de cuidados na instituição. Estabeleceram-se duas subcategorias de 2ª ordem, que organizam a informação que emergiu das entrevistas, em dois tipos fundamentais de *cuidados: médicos e assistenciais*.

Os cuidados médicos referem-se aos tratamentos disponibilizados pela instituição, que visam a melhoria do estado clínico dos idosos (e.g. diminuição da sintomatologia decorrente da doença diagnosticada). Os tratamentos mencionados pelos participantes foram a fisioterapia (quatro idosos falaram sobre este tratamento) e a terapia da fala (um idoso referiu este tratamento). Ambos os tratamentos incidem na recuperação das capacidades afetadas pela doença que os idosos apresentavam (e.g. AVC). Não foi referida nenhuma terapêutica destinada a problemas emocionais. Com efeito, a subcategoria *cuidados médicos* agrupa as significações individuais sobre os aspetos valorizados e os aspetos negativos subjacentes aos tratamentos médicos disponibilizados. Relativamente à percepção positiva dos idosos sobre os tratamentos médicos, quatro idosos mostraram-se satisfeitos com a fisioterapia realizada na instituição. Por exemplo: “Gostei muito da fisioterapia” (ID1, 23) e “A fisioterapia é excelente” (ID2, 22). Especificamente, os idosos valorizam o impacto positivo da fisioterapia no aumento da funcionalidade, que avaliavam através dos progressos concretos que sentiam nessa capacidade: “Quando eu comecei a fisioterapia, ainda estava de cadeira de rodas e agora já ando com bengala...” (ID5, 23). Uma idosa enalteceu a qualidade da fisioterapia da instituição atual, comparativamente à fisioterapia da instituição anterior onde estivera: “Tenho fisioterapia e está a resultar muito bem...já evolui mais do que na instituição onde estive antes de vir para aqui.” (ID6, 19). Relativamente à terapia da fala, um dos idosos demonstrou satisfação com a

realização da mesma: “(...) a terapia da fala também, estou satisfeito.” (ID2, 23). No que se refere à percepção subjetiva dos idosos sobre os aspetos negativos dos tratamentos, apenas um idoso abordou estas questões. A insatisfação não se relacionava com a qualidade dos tratamentos, mas sim com a paragem da realização de fisioterapia na instituição. O participante afirmou que a paragem da fisioterapia era um motivo de tristeza para si, visto que dificultava a sua recuperação física. De acordo com a sua perspetiva subjetiva, a paragem dos tratamentos deveu-se ao facto de ter alcançado a duração prevista dos mesmos, na instituição. As seguintes verbalizações exemplificam esta situação: “Tiraram-me a fisioterapia, podia estar na fisioterapia, podia estar melhor e assim estou a ficar pior.” (ID5, 4), “Fez um ano e pronto...” (ID5, 5) e “É um bocado triste. Levantava-me sempre satisfeito, estava ali meia hora, uma hora. Fazia isto, fazia aquilo, ia-me mexendo (...)” (ID5, 60).

Na subcategoria *cuidados assistenciais*, incluem-se as atribuições positivas ou negativas que os idosos elaboram sobre as condições da instituição e os cuidados prestados pelos profissionais (e.g. cuidadores formais). Deste modo, abrange as significações dos idosos em relação às instalações, alimentação e atividades lúdicas disponibilizadas na instituição e também à prestação de cuidados pelos profissionais da instituição. As instalações da instituição foram valorizadas por um idoso, que afirma: “Gostei muito (...) das instalações da instituição” (ID1, 24), e “As instalações, as condições são boas.” (ID1, 82). O mesmo idoso descreveu mudanças negativas na alimentação da instituição, demonstrando-se insatisfeito com a diminuição da quantidade e da qualidade das refeições: “Por exemplo, a comida era servida em quantidade, e deixou de ser. E a qualidade também piorou.” (ID1, 58) e “Não estava a pedir lagosta nem nada do género. Pelo menos, devem dar comida em quantidade suficiente para uma pessoa não ter de ir para o quarto comer bananas ou fazer sandes” (ID1, 62). Relativamente às atividades lúdicas organizadas na instituição, existem opiniões divergentes, por parte dos idosos entrevistados. Uma idosa mostrou-se satisfeita com a existência de atividades lúdicas na instituição e com o tipo de atividades organizadas: “Quando está aí a animadora há atividades e isso é bom.” (ID6, 48) e “Sim, sim, participo. Gosto muito. No Natal fizemos várias coisas e gosto muito dessas coisas assim (e.g. trabalhos manuais)” (ID6, 49). Por outro lado, outra idosa sinalizou a falta de atividades na instituição, de acordo com a sua percepção subjetiva: “Então eu não faço nada... O que é que se faz aqui?” (ID4, 39). Um idoso corroborou a percepção

negativa sobre as atividades, mencionando a falta de alternativas disponibilizadas pela instituição: “Não há nada de especial. É quase tudo a mesma coisa. Pontapé para aqui, pontapé para ali (no jogo da bola). Pouco mais há.” (ID5, 55).

Na área da prestação de cuidados pelos profissionais da instituição, apresentam-se as significações dos idosos sobre a dialética idoso-cuidador, em que os idosos constroem significado sobre a sua experiência de interação com os profissionais. Assim, obtiveram-se relatos dos participantes sobre os aspetos que consideravam positivos e negativos e o equilíbrio entre ambos, nos cuidados prestados pelos profissionais. Relativamente à *perceção positiva dos idosos sobre os cuidados prestados pelos profissionais*, três idosos afirmaram que não tinham queixas sobre os cuidados que os profissionais prestavam: “(...) não tenho razão de queixa de ninguém” (ID4, 27), “(...) Não tenho razão de queixa. Aqui não há queixa nenhuma” (ID5, 49) e “Não tenho razão de queixa nem de auxiliares, nem de fisioterapeutas, nem de nenhum” (ID6, 26). Especificamente, os idosos destacaram determinadas características demonstradas pelos profissionais, na prestação de cuidados: carinho (“As enfermeiras até me andavam a dar beijinhos e falavam para mim”) (ID4, 32), ajuda (“Desde que saí do hospital e vim para esta vida, tem sido só pessoas aqui a ajudar-me” (ID5, 28), atenção (“acho que são atenciosos (...))” (ID6, 24) e zelo (“(...), têm muito cuidado com a gente.”) (ID6, 25). Neste sentido, uma idosa enfatizou a satisfação com os cuidados de que era alvo na instituição: “os cuidados para mim são ótimos.” (ID6, 39) e “E elas (e.g. profissionais da instituição) são muito minhas amigas, tratam-me muito bem” (ID6, 58). Ao nível dos fatores que originavam insatisfação dos idosos com os cuidados prestados, destacou-se o ruído dos profissionais durante a noite, que perturbava o tempo de descanso dos utentes: “Odiei o comportamento dos empregados da instituição, porque não há respeito por ninguém. Por exemplo, estamos a dormir e fazem barulho durante toda a noite, se tiverem de o fazer” (ID1, 25; ID1, 26). Apenas um idoso reportou esta queixa relativamente aos profissionais da instituição, que se encontrava associada à sua perceção subjetiva sobre a necessidade de seleção criteriosa dos profissionais da instituição: “Eu acho que deviam escolher o pessoal a dedo...” (ID1, 76). Outro participante referiu insatisfação com a forma como os profissionais falavam com os utentes: “Às vezes eles não sabem falar com o doente” (ID2, 17). Por último, dois idosos percecionavam um equilíbrio entre aspetos positivos e negativos, na prestação de cuidados pelos profissionais. Por exemplo: “Aqui, às vezes os cuidados são bons,

noutras vezes não” (ID1, 42), “(...) foi mais ou menos” (ID1, 53) e “Uns dias são melhores, outros são mais complicados” (ID2, 15).

e) In(satisfação) com a estadia na instituição

Nesta subcategoria, pretende-se descrever as construções individuais relativamente à apreciação geral dos idosos sobre a sua experiência na instituição. Aborda-se a sua perceção negativa ou positiva sobre a estadia na mesma. Relativamente à perceção negativa sobre a estadia na instituição, um idoso demonstrou elevada insatisfação, através de diversas queixas. Por exemplo, afirmou que se sentia preso na instituição, mostrando-se descontente com as regras de permanência na mesma: “Eu não admito estar preso. Não admito que esteja a pagar e que esteja preso” (ID1, 56), “Sinto que estou aqui fechado e isso para mim é o pior de tudo. É como se fechassem o cão e o cão fica aí fechado.” (ID1, 71), “Por que razão é que não hão-de deixar sair uma pessoa sair daqui, nem que seja uma hora ou duas? Apanhar um bocadinho de ar lá fora, conversar com alguém” (ID1, 28). De modo geral, este idoso demonstrava insatisfação com a estadia na instituição e, consequentemente, alegria devido à saída da mesma, que iria acontecer brevemente: “A minha alegria agora é ir-me embora daqui a uns dias.” (ID1, 33). Outro idoso referiu também insatisfação devido à permanência na instituição durante todo o dia: “Estou triste por estar cá todo o dia” (ID5, 52). No entanto, este idoso manifestava satisfação pela sua estadia na instituição, de modo geral: “Gosto de estar aqui. Pelo menos sempre vou estando melhor.” (ID5, 40). A perceção positiva sobre a experiência global da estadia na instituição foi também demonstrada por outra participante: “Gosto de estar aqui.” (ID6, 59).

Definição do ato de cuidar

Reúne as construções subjetivas que os idosos elaboram sobre o conceito de cuidar, englobando a atribuição de significado e conceptualização do ato de cuidar. O ato de cuidar é aqui entendido de modo genérico, em que as significações se referem à forma como os idosos entendem o conceito do ato de cuidar (e não os cuidados prestados na instituição, que são abordados noutra subcategoria, citada anteriormente). No processo de atribuição de significado ao ato de cuidar, foi referido o facto de cuidar de alguém ser algo que requer características específicas, sendo difícil explicar este conceito. Concomitantemente, emergiram as características emocionais e físicas que os idosos valorizavam no ato de cuidar (e.g. demonstradas pelo cuidador). Apenas um idoso

abordou o impacto negativo que a prestação de cuidados poderia ter no cuidador. Neste âmbito, distinguem-se quatro subcategorias de 1ª ordem, que se focam nos aspetos que caracterizam o ato de cuidar, segundo a perspetiva subjetiva dos idosos entrevistados: *especificidade do ato de cuidar, características emocionais valorizadas no ato de cuidar, características físicas valorizadas no ato de cuidar e percepção sobre o impacto negativo do ato de cuidar, no cuidador.*

a) Especificidade do ato de cuidar

Esta subcategoria traduz a particularidade inerente ao ato de cuidar, em que os cuidadores deverão ter características específicas para desempenharem adequadamente as suas funções. Considerando o facto de ser um conceito dotado de elevada especificidade, surgiu também a percepção sobre a dificuldade em explicar o que é o ato de cuidar. Ambos os aspetos são enunciados pelo mesmo idoso: “Sei lá, não sei exprimir bem isso” (ID1, 47) e “Tem de se ter cuidados especiais e nem todos servem para isso (e.g. cuidar de alguém).” (ID1, 48).

b) Características emocionais valorizadas no ato de cuidar

Apresentam-se as características emocionais que os idosos consideram significativas, para que o ato de cuidar seja satisfatório para a pessoa que é alvo de cuidados. Estes aspetos remetem para a valorização de um contexto emocional positivo no ato de cuidar, por parte dos idosos. Todos os idosos destacaram as características emocionais, que são as seguintes: atenção (“A pessoa tem de ter (...) atenção pelo próximo.” (ID1, 50), carinho (“A pessoa tem de ter muito carinho (...) pelo próximo”) (ID1, 49) e (“o carinho principalmente”) (ID4, 30), amor (“Ter um bocadinho de amor é importante”) (ID3, 19), humanização (“Ter em conta a parte mais humana (...)”) (ID1, 77), respeito (“(...) o respeito, é importante quando se cuida de alguém.” (ID1, 78), paciência (“(...) há pessoas que têm paciência para fazer as coisas e há outras que não têm paciência e isso é importante quando se cuida de alguém) (ID2, 19), ajuda (“(...) ajudando no que possa, no que é preciso.” (ID5, 19), companhia (“É olhar só por ele, não sei...estar numa cadeira ou numa coisa qualquer e estar ali com ele”) (ID5, 18), compreensão do cuidador sobre as dificuldades da pessoa (“Cuidar de alguém é compreenderem que aquela pessoa está mal”) (ID4, 28), adaptação do cuidador às necessidades da pessoa (“Sim exatamente, devem fazer algum esforço para se adaptarem ao que a pessoa precisa.”) (ID2, 21) e colaboração da pessoa que é alvo de

cuidados, no ato de cuidar (“Acho que é importante a pessoa (e.g. alvo de cuidados) ajudar, para também ser mais fácil cuidarem”) (ID2, 18). Os idosos referiram atributos que o cuidador deverá ter. Apenas um idoso valorizou o papel ativo do alvo de cuidados no ato de cuidar, mencionando a importância da sua colaboração (e.g. ID2, 18).

c) Características físicas valorizadas no ato de cuidar

Apresentam-se as características físicas do cuidador, consideradas relevantes para a qualidade da prestação de cuidados. Somente uma idosa enunciou este tipo de características: saúde e força do cuidador (“É preciso ter saúde, força (...)”) (ID3, 16; ID3, 17). Salienta-se que os idosos valorizavam um maior número de características emocionais, comparativamente às características físicas do cuidador. Deste modo, existe uma ênfase na qualidade do contexto emocional da prestação de cuidados, que é considerada mais relevante para a maioria dos idosos entrevistados.

d) Percepção sobre o impacto negativo do ato de cuidar, no cuidador

Inclui as significações do único idoso que sinalizou a possibilidade de o ato de cuidar ter repercussões negativas na vida do cuidador: “se calhar é um peso em algumas pessoas, é um empecilho... para quem cuida” (ID2, 5; ID2, 6).

Prestação de cuidados por parte dos utentes

A presente categoria engloba as percepções individuais dos idosos sobre o seu desempenho enquanto prestadores de cuidados. Incluem-se as significações dos participantes relativamente ao seu papel de cuidadores no passado, à discrepância entre ser cuidador e alvo de cuidados e à incapacidade que sentem para cuidar de alguém atualmente. Aborda-se assim a forma como os idosos compreendem o seu papel de cuidadores e a diferença existente entre a prestação e a receção de cuidados. Constituíram-se as seguintes subcategorias de 1ª ordem: *desempenho do papel de cuidadores por parte dos utentes*, *percepção sobre a diferença entre ser cuidador e alvo de cuidados* e *percepção sobre a capacidade para ser cuidador atualmente*.

a) Desempenho do papel de cuidadores por parte dos utentes

A função de cuidador(a) de familiares idosos foi desempenhada por duas participantes, que reportaram a sua experiência durante a entrevista. Uma das idosas prestou cuidados ao marido quando este apresentava um estado de maior dependência

no dia a dia. A prestação de cuidados juntou-se à realização das tarefas domésticas que a idosa já efetuava habitualmente: “Eu cuidava dele. O meu marido não me ajudava a fazer nada, nunca aprendeu a fazer nada. Mas eu cuidava dele, sim, principalmente quando ele deixou de conseguir fazer as coisas por causa das dores. Eu fazia o comer, fazia tudo.” (ID4, 34). Outra participante referiu a prestação de cuidados à mãe e à sogra, quando estas eram idosas: “Estou a lembrar-me da minha mãe, da minha sogra que eram velhinhas e eu pensava que tinha de ser boa para elas, cuidava delas.” (ID3, 20).

b) Perceção sobre a diferença entre ser cuidador e alvo de cuidados

Referem-se as emoções sentidas por uma idosa, decorrentes da sua perceção subjetiva sobre a diferença entre cuidar das familiares idosas previamente e ser alvo de cuidados no momento presente. Identificaram-se as emoções de revolta e tristeza, reportadas pela idosa: “Sinto alguma revolta, porque cuidei de tanta gente e agora têm de cuidar de mim” (ID3, 21) e “Eu penso que cuidei da minha mãe, cuidei da minha sogra e agora têm de cuidar de mim...é uma tristeza muito grande” (ID3, 23).

c) Perceção sobre a capacidade para ser cuidador atualmente

Surgem as significações do único idoso que abordou a sua perceção sobre a própria capacidade para cuidar de alguém atualmente. O participante demonstrou uma baixa perceção de autoeficácia para ser cuidador atualmente, sentindo-se incapaz de cuidar de alguém no momento presente: “Eu não posso comigo, quanto mais cuidar de alguém (ID5, 15).

Objetivo específico: Avaliar a perceção de qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) do idoso institucionalizado.

Vivência da doença

A presente categoria abrange as conceções dos idosos sobre a sua condição de doença atualmente, a comparação com a vivência antes da doença e a perspetiva sobre o futuro. Logo, apresentam-se as significações individuais relativamente a três momentos temporais (e.g. passado, presente e futuro), em que a doença representa um marco na forma como os idosos percecionam a sua vida, tanto a nível físico como socioemocional. Distinguem-se três subcategorias de 1ª ordem: *perceção sobre a vida antes da doença* (e.g. perspetiva sobre o passado), *impacto da doença* (e.g. vivência do

presente) e *percepção sobre a recuperação* (e.g. vivência do presente e perspectiva sobre o futuro).

a) Percepção sobre a vida antes da doença

As significações dos idosos sobre a sua vida antes da doença foram agrupadas em três subcategorias de 2ª ordem: *percepção positiva sobre as rotinas diárias antes da doença*, *percepção positiva sobre o estado de saúde antes da doença* e *percepção positiva sobre a atividade profissional antes da doença*. Salienta-se que em todas as subcategorias ocorre a valorização das condições físicas (e.g. estado de saúde) e socioemocionais (e.g. rotinas diárias, atividade profissional) antes da doença. Por conseguinte, os idosos atribuíram significados positivos à sua vivência antes da doença, valorizando a sua vida quotidiana, condição subjetiva e papéis profissionais antes do aparecimento da doença. Por exemplo, a verbalização: “(...) fazia as minhas coisas no dia a dia, andava de um lado para o outro, antes do AVC” (ID2, 4) exemplifica a percepção positiva sobre as rotinas diárias antes da doença. As verbalizações: “Tinha muita energia (...)” (ID1, 7) e “Nunca tive doenças que me afetassem” (ID1, 96) demonstram a percepção positiva sobre o estado de saúde antes da doença. Por último, a percepção positiva sobre a atividade profissional antes da doença está presente nas seguintes verbalizações: “(...) fazia 10 horas de trabalho por dia, todos os dias...todos os dias.” (ID1, 8) e “Gostava muito de coser, fui costureira” (ID4, 62).

b) Impacto da doença

Nesta subcategoria, incluem-se as significações referentes à forma como os idosos percebem e interpretam as consequências que a doença acarreta nas suas vidas. Especificamente, são mencionadas as limitações de ordem física e as respostas emocionais relativas à vivência dessas limitações. Também foram identificados os recursos que os idosos utilizaram para colmatar as limitações físicas sentidas. Evidencia-se que os recursos identificados correspondem apenas a formas de compensar as limitações físicas; não foram mencionados recursos internos para lidar com as emoções decorrentes da vivência da doença. No entanto, os recursos utilizados para lidar com as limitações físicas poderão ter uma influência positiva indireta no estado emocional dos idosos, através da facilitação da realização das atividades da vida quotidiana e diminuição da percepção de debilidade física.

As significações sobre o impacto da doença englobam dois aspetos essenciais, que se traduzem em duas subcategorias de 2ª ordem: *implicações negativas da doença* e *recursos utilizados pelos utentes para lidar com as implicações físicas da doença*. As *implicações negativas da doença* referem-se à percepção dos idosos sobre o prejuízo causado pela doença nas suas vidas, tanto a nível físico como emocional. Existem assim duas subcategorias de 3ª ordem: *implicações físicas negativas da doença* e *implicações emocionais negativas da doença*. As implicações físicas negativas da doença são demonstradas nas seguintes verbalizações: “(...) esta mão está muito mal...nem um bocadinho de pão sou capaz de partir.” (ID3, 28) e “O que eu sinto é não conseguir andar” (ID5, 51)). Relativamente às implicações emocionais, destacam-se a angústia, a tristeza e a zanga referentes à vivência das limitações físicas e aumento da dependência sentida pelos idosos: “(...) estou à espera da esmola dos outros para fazer as coisas...” (ID3, 22), “Nunca fui pessoa de estar parada e agora sinto esta tristeza.” (ID2, 53) e “(...) tenho andado muito chateada, porque não sou capaz de fazer nada. Não consigo fazer nada com esta mão.” (ID3, 32).

No que se refere aos *recursos utilizados pelos utentes para lidar com as implicações físicas da doença*, os idosos reportaram a adaptação das condições domiciliares e das tarefas às limitações físicas, e a receção de apoio social instrumental, respetivamente: “As adaptações já estão feitas. Já tenho a cadeira e as coisas que fazem falta.” (ID2, 50), “(...) uma cadeira que demorava dois dias a fazer, é capaz de demorar quatro. Mas continuo a fazer.” e “Depois deu-me isto (e.g. AVC) e tenho uma pessoa para me ajudar, de 15 em 15 dias... para aspirar, limpar a casa.” (ID4, 36).

c) Percepção sobre a recuperação

Engloba as significações individuais sobre a recuperação relativamente às limitações físicas decorrentes da doença. Esta subcategoria foca-se na forma como os idosos perspetivam a sua recuperação, incluindo a percepção sobre os progressos sentidos atualmente e as crenças sobre a continuação da recuperação no futuro. Por exemplo: “Tenho sentido a recuperação, e nesse aspeto sinto-me bem.” (ID1, 22) refere-se à percepção sobre a recuperação atualmente. A verbalização: “(...) espero que isto melhore mais um pouquinho” (ID1, 88) remete para a forma como o idoso espera que a recuperação suceda no futuro. Verificou-se que, de modo geral, os idosos atribuíam uma conotação positiva à recuperação, tanto no presente como em relação ao futuro (e.g.

demonstrando satisfação e esperança na evolução favorável da recuperação). Três idosos demonstraram incerteza relativamente à forma como a recuperação se iria desenrolar futuramente. Um idoso referiu a vivência de uma recuperação com altos e baixos, que sentia na sua experiência pessoal. Por último, os participantes mencionaram a existência de aspetos de que precisavam e que desejavam, associados à sua vivência da recuperação (atualmente e no futuro). Neste sentido, identificaram as suas necessidades (e.g. os aspetos de que precisavam e que sentiam que faltavam atualmente) e os seus desejos (e.g. os aspetos que ambicionavam alcançar, de modo a suprir as necessidades e colmatar a sua falta). Tendo em conta as temáticas relativas à recuperação, que emergiram a partir das verbalizações dos participantes, estabeleceram-se quatro subcategorias de 2ª ordem: *perceção positiva sobre a recuperação*, *perceção de incerteza sobre a recuperação*, *perceção sobre o equilíbrio entre os aspetos positivos e negativos da recuperação* e *necessidades e desejos associados à recuperação*.

Na *perceção positiva sobre a recuperação*, encontram-se as significações referentes à valorização da recuperação, em que os idosos demonstraram satisfação com os progressos sentidos e esperança e motivação para a sua continuação. Por exemplo: “Já consigo ter energia para fazer certas coisas que não conseguia fazer.” (ID6, 16), “O AVC deixou estas marcas (e.g. na mão) mas isso vai-se recuperar” (ID1, 98) e “Quero fazer o que puder para recuperar” (ID1, 101). Relativamente à *perceção de incerteza sobre a recuperação*, incluem-se as significações que dizem respeito ao desconhecimento sentido pelos idosos, relativamente ao rumo da recuperação (e.g. positivo ou negativo). Por exemplo: “Não sei como é que vai ser a minha recuperação” (ID4, 65) e “Mas agora vamos ver o que é que isto vai dar...” (ID5, 25). A *perceção sobre o equilíbrio entre os aspetos positivos e negativos da recuperação* remete para a vivência de uma recuperação em que existem avanços e recuos, ou seja, progressos e dificuldades: “ (...) agora ando para a frente e ando para trás. E aqui estou.” (ID5, 6). No que se refere às *necessidades e desejos associados à recuperação*, destacam-se os aspetos de que os idosos sentiam carência (e.g. necessidades) e os aspetos que gostariam de obter, para satisfazer as necessidades (e.g. desejos). Verificou-se que a recuperação das limitações físicas constituía simultaneamente uma necessidade e um desejo para dois idosos. Por exemplo, uma das idosas mencionou: “A minha maior necessidade é eu ficar melhor” (ID6, 29) e “O que desejo é ficar melhor” (ID6, 50). Também foram

identificadas necessidades ao nível de aspetos que facilitariam a recuperação, tais como a diminuição do peso e a realização de tratamentos médicos, respetivamente: “Precisava de perder peso para me poder mexer melhor.” (ID2, 36) e “O que necessito...é a fisioterapia.” (ID5, 31). Na área dos desejos, foram mencionados o desejo de regressar a casa quando a perceção de recuperação fosse mais elevada, e o desejo de realizar a atividade profissional: “(...) gosto de estar em casa e gostava de ir quando já estivesse melhor” (ID6, 51) e “Era trabalhar, se eu pudesse. Se eu tivesse a carrinha para andar e os braços para me mexer, já me governava” (ID5, 57).

Objetivo específico: Compreender o impacto da rede de apoio social na adaptação do idoso à institucionalização.

Relações familiares

Na presente secção, reúnem-se as perceções subjetivas dos idosos relativamente à forma como entendem e vivem as relações com os seus familiares. Por um lado, destaca-se a satisfação e valorização do apoio familiar recebido, pelos idosos entrevistados. Por outro lado, emergiram significações sobre a falta de apoio familiar e a impossibilidade de habitar com os familiares. Existem assim três subcategorias de 1ª ordem, relativamente ao modo como os idosos atribuem significado e pensam sobre as suas relações familiares: *perceção positiva sobre o apoio familiar*, *perceção sobre a falta de apoio familiar* e *perceção negativa sobre a impossibilidade de habitar com os familiares*.

a) Perceção positiva sobre o apoio familiar

Engloba as atribuições positivas que os idosos apresentam, em relação às suas relações familiares. A valorização do apoio familiar recebido é um aspeto significativo, sendo mencionado por quatro idosos: “Tenho duas irmãs e sinto o apoio delas. Também tenho sobrinhos e sinto o apoio deles.” (ID1, 110), “Tenho um filho que não pode ser melhor do que é, a minha nora também é muito boa. Tenho uma neta com 15 anos que também é muito boa” (ID3, 30), “Tenho pessoas amigas e muita família, muitos sobrinhos que gostam muito de mim. Todas as semanas me telefonam.” (ID4, 74) e “Eu lá pensei e decidi ir para a casa do meu filho, ele é muito bom para mim” (ID6, 53). Relativamente ao apoio do cônjuge, as duas idosas viúvas valorizavam o apoio que recebiam previamente dos respetivos maridos: “Ele era muito bom para mim e se fosse vivo ajudava-me muito” (ID3, 35) e “Tinha o meu marido que era muito bom para

mim.” (ID4, 9). Um idoso considerou que o apoio da esposa era significativo, atualmente: “A minha esposa ajuda-me e vai continuar a ajudar-me.” (ID2, 41).

b) Perceção sobre a falta de apoio familiar

Contrariamente à subcategoria supracitada, surgem as significações dos idosos que traduzem a sua perspetiva sobre a falta de apoio que sentem por parte dos seus familiares. Três idosos sinalizaram falta de apoio de alguns familiares. Com efeito, o idoso que valorizava o apoio da esposa, relatou a perceção de falta de apoio por parte dos restantes elementos da família: “o resto é 0 (e.g. os filhos)” (ID2, 14), “quando se precisa e não estão... ninguém merece” (ID2, 35). Outra idosa, que enfatizava o apoio do filho, percecionava falta de apoio por parte de outra filha: “Tenho uma filha que só me telefona de vez em quando... Vir ver-me, não vem.” (ID6, 54). Nestes casos, verificou-se alguma variabilidade intra-individual na perceção sobre o apoio familiar, em que os mesmos idosos valorizavam o apoio prestado por certos elementos da família e sentiam falta de apoio de outros familiares. Por último, um idoso demonstrou descontentamento com a frequência reduzida das visitas familiares: “(...) só vêm ver-me de 8 em 8 ou de 15 em 15 dias...” (ID5, 53). Os papéis profissionais dos familiares foram apontados pelo idoso como o motivo da reduzida frequência das visitas: “Estão a trabalhar...” (ID5, 46).

c) Perceção negativa sobre a impossibilidade de habitar com os familiares

Nesta subcategoria, emergem as significações de uma idosa que valorizava o apoio familiar recebido e desejava habitar com os familiares: “Se o meu filho e a minha nora me pusessem ao pé deles, eu gostava muito. Mas eles não podem...” (ID3, 44). A idosa reconhecia o impacto dos papéis profissionais dos familiares (“Por causa do trabalho não podem...”) (ID3, 45). No entanto, era a própria a recusar a ida para a casa dos familiares, apesar da disponibilidade dos mesmos: “O meu filho perguntou-me se eu queria ir para a casa dele, eu disse que não. Então, eles não estão lá durante o dia. Ia estar lá sozinha?” (ID3, 38). Este exemplo denota a ambivalência da participante, que simultaneamente reconhecia o apoio familiar e desejava habitar com os familiares, e por outro lado recusava a concretização dessa possibilidade para evitar a solidão.

Relações sociais fora da instituição

Esta categoria engloba as construções individuais relativamente à forma como os idosos compreendem as suas relações sociais fora da instituição onde são alvo de cuidados. Verifica-se que as significações dos idosos traduzem uma caracterização positiva dessas relações. Não foram referidas verbalizações que indicassem insatisfação e/ou dificuldades nas relações sociais fora da instituição, de acordo com a percepção subjetiva dos idosos. Assim, emergiu a subcategoria de 1ª ordem *percepção positiva sobre as relações sociais fora da instituição*.

a) Percepção positiva sobre as relações sociais fora da instituição

Apresenta-se a forma como os idosos constroem significado sobre as suas relações sociais fora da instituição, marcada por atribuições positivas referentes a essas relações. Dois idosos abordaram esta temática: “São 100% boas, só lhe posso dizer isso.” (ID1, 104), “São boas” (ID6, 36); “Estou satisfeita” (ID6, 38) e “Não me zango com ninguém, nem discuto com os meus vizinhos” (ID1, 106). Apenas a última verbalização explicita um aspeto que contribui para a satisfação do idoso com as relações sociais fora da instituição (e.g. ausência de conflitos nessas relações, exemplificando com o caso dos vizinhos). As verbalizações anteriores são elaboradas de modo genérico, sem pormenorizar os aspetos com os quais os idosos estão satisfeitos, nas suas relações sociais fora da instituição.

2. Comparação entre os resultados obtidos através do SF-36 (v2) e da entrevista

Apresenta-se, de seguida, uma perspetiva idiográfica relativamente aos resultados obtidos através do questionário de autorrelato SF-36 (v2) e da entrevista semiestruturada. Com efeito, descrevem-se as (in) congruências que surgem nos relatos subjetivos dos idosos, tendo em conta os dados quantitativos e qualitativos. Os resultados de cada participante são analisados de forma individual; desta forma, considera-se a concordância entre a informação do questionário e da entrevista, e as diferenças intra-individuais, que se evidenciam entre os resultados alcançados através dos métodos de recolha de dados supracitados.

Objetivo geral: Avaliar a percepção de qualidade de vida (QdV) do idoso institucionalizado, através da análise exploratória das respetivas significações sobre a vivência subjetiva do envelhecimento e da institucionalização.

Objetivos específicos: Avaliar a percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) do idoso institucionalizado;

Compreender o impacto da rede de apoio social na adaptação do idoso à institucionalização.

ID1

Dimensão física

No SF-36 (v2), o idoso apresentou uma perspectiva negativa sobre o seu estado de saúde, considerando que a sua saúde era fraca e muito pior, comparando com o que acontecia há um ano. Foram também reconhecidas limitações físicas em diversas atividades (e.g. andar, levantar objectos, inclinar-se, entre outras), enfatizando-se o impacto das limitações na dificuldade em realizar as atividades diárias (e.g. restrições na quantidade e no tipo de tarefas, sendo necessário maior esforço para as executar). Na entrevista, o idoso mencionou as limitações físicas e respetivo impacto no seu quotidiano, como se demonstra nas seguintes verbalizações: “(...) percebo que não consigo fazer certas coisas” (ID1, 12) e “Não consigo segurar o telemóvel durante um minuto, vai logo parar ao chão sem eu dar por isso. Se eu agarro qualquer coisa com a mão, ando à procura dela, passado um bocadinho” (ID1, 16). Contudo, relativamente à capacidade de andar, foram identificadas limitações moderadas, enquanto na entrevista o participante afirmou: “Andar, eu ando felizmente” (ID1, 15). É relevante salientar a incongruência na percepção do idoso sobre a sua recuperação. No SF-36 (v2) considerou como verdadeira a afirmação: “Estou convecido/a que a minha saúde vai piorar”. Pelo contrário, na entrevista referiu: “O AVC deixou estas marcas (e.g. na mão) mas isso vai-se recuperar, se Deus se quiser... com mais um bocadinho de tratamento” (ID1, 98; ID1, 99; ID1, 100).

Dimensão emocional

A nível emocional, o idoso afirmou no SF-36 (v2) que se sentia deprimido e nervoso durante a maior parte do tempo, nunca se sentindo feliz. Esta informação vai ao encontro do que foi mencionado na entrevista: “(...) com tristeza.” (ID1, 17) e “Antes, sentia-me bem, sem chorar. Aqui era constantemente, porque não me sentia bem” (ID1, 67; ID1, 68).

Dimensão social

Foi reportado um impacto elevado das limitações físicas e dos problemas emocionais no relacionamento e na atividade social do idoso, de acordo com o SF-36 (v2). Contudo, durante a entrevista, as dificuldades no relacionamento social não foram atribuídas a dificuldades do próprio, mas sim a comportamentos e características das pessoas com quem se relacionava na instituição: “Odiei o comportamento dos empregados da instituição, porque não há respeito por ninguém” (ID1, 25) e “E acho que não deviam ter as pessoas que são 100% sãs e lúcidas com as pessoas que têm aquelas doenças todas que nos perturbam” (ID1, 29). Relativamente à atividade social, o participante demonstrou satisfação com as relações sociais fora da instituição, não sinalizando problemas a este nível: “Para mim é bom, é o normal. Não me zango com ninguém, nem discuto com os meus vizinhos” (ID1, 106).

ID2

Dimensão física

Segundo os resultados do SF-36 (v2), o idoso percecionava a sua saúde como razoável e aproximadamente igual ao que acontecia há um ano. A interferência das limitações físicas nas atividades diárias foi reportada como sendo elevada. Assim, sentia-se muito limitado na realização das atividades quotidianas (e.g. andar, tarefas de autocuidado), corroborando a percepção de elevada dependência que o participante demonstrou na entrevista: “Se eu dependesse de mim, não tinha de estar à espera de ninguém para me deslocar. Assim, tenho de estar à espera de alguém que me ajude.” (ID2, 25; ID2, 26). Na entrevista, foi referido o desejo de recuperação das limitações físicas (“ficar um bocadinho melhor do que estou agora.”) (ID2, 44). No SF-36 (v2), o idoso demonstrou incerteza quanto à possibilidade de a sua saúde piorar no futuro.

Dimensão emocional

Nesta área de funcionamento, o participante referiu que nunca se sentia feliz, identificando tristeza e ansiedade nas respostas ao SF-36 (v2). Neste sentido, na entrevista, o idoso afirmou: “às vezes sinto-me angustiado” (ID2, 27); a angústia referia-se à percepção de elevada dependência, decorrente das limitações físicas sentidas.

Dimensão social

De acordo com os resultados do SF-36 (v2), o idoso considerava que o seu estado de saúde física e/ou os problemas emocionais não interferiam absolutamente nada no seu relacionamento social com as outras pessoas. No entanto, na resposta a outro item, mencionou que o seu estado de saúde física e/ou os problemas emocionais limitavam sempre a sua atividade social (e.g. visitar amigos ou familiares). Na entrevista, este participante percecionava falta de apoio dos familiares, com exceção da esposa, que era a sua única fonte de apoio: “É só com ela que posso contar. De resto, não conto com mais ninguém” (ID2, 58). O idoso considerava que os familiares não se relacionavam com ele, porque não tinha dinheiro, e não identificava outros motivos que estivessem na origem desse comportamento dos familiares: “Se eu fosse uma pessoa que tivesse dinheiro com fartura, não me faltava ninguém. Mas como infelizmente não tenho, ninguém se chega ao pé de mim” (ID2, 59) e “(...) não fiz mal a ninguém para me estarem a fazer o que estão a fazer.” (ID2, 46). Logo, na entrevista, as limitações físicas e/ou problemas emocionais não foram mencionados como as causas de dificuldades no relacionamento e/ou atividade social.

ID3

Dimensão física

No SF-36 (v2), a utente classificou a sua saúde como razoável e muito pior, comparativamente ao que acontecia há um ano. Segundo a sua perspetiva, as limitações físicas tinham um impacto elevado nas suas atividades diárias, incluindo a capacidade de andar, pegar em objectos e realizar as tarefas de autocuidado. Deste modo, considerava que no mês anterior tivera sempre dificuldade em executar as atividades. Estes resultados são congruentes com a perspetiva subjetiva sobre as limitações físicas, relatada na entrevista: “(...), esta mão está muito mal...nem um bocadinho de pão sou capaz de partir.” (ID3, 28) e “Fazia as minhas coisas, a minha vida e agora não posso” (ID3, 26). Por conseguinte, a idosa considerava que não era tão saudável como qualquer outra pessoa, na resposta ao SF-36 (v2).

Dimensão emocional

Do ponto de vista emocional, a participante referiu que se sentia deprimida durante algum tempo, mas nunca se sentia tão deprimida ao ponto de nada a animar, nem

sinalizou momentos de ansiedade, nas respostas aos itens do SF-36 (v2). Afirmou também que se sentia sempre feliz, num item do referido questionário. No entanto, estas respostas contrastam com a tristeza, zanga, revolta e labilidade emocional sinalizadas durante a entrevista: “Agora é estar mais um dia à espera de ir para o buraco” (ID3, 6), “Com muita tristeza, nem sei explicar...(...)” (ID3, 27), “tenho andado muito chateada, porque não sou capaz de fazer nada.” (ID3, 32), “Sinto alguma revolta, porque cuidei de tanta gente e agora têm de cuidar de mim” (ID3, 21) e “Olhe, às vezes choro (...)” (ID3, 39).

Dimensão social

De acordo com os resultados do SF-36 (v2), a idosa percecionava um impacto moderado da sua saúde física e/ou problemas emocionais no relacionamento social. Contudo, considerava que a saúde física e/ou problemas emocionais nunca limitaram a sua atividade social (e.g. visitar amigos ou familiares), no mês anterior. No decorrer da entrevista, a utente não sinalizou dificuldades, nem no contexto institucional, nem familiar e/ou social fora da instituição. Pelo contrário, demonstrou satisfação relativamente às relações familiares e sociais que estabelecia: “Tenho um filho que não pode ser melhor do que é, a minha nora também é muito boa. (...) Não acho que tenha assim muitas dificuldades.” (ID3, 30) e “Tenho amigos muito bons, muito bons, que também me ajudam muito (...) (ID3, 53).

ID4

Dimensão física

Ao responder aos itens do SF-36 (v2), a utente considerou que a sua saúde era fraca, estando muito pior do que há um ano. Sentia que estava muito limitada na realização de atividades quotidianas, tais como: aspirar a casa, pegar em objectos, subir escadas e andar mais de cem metros. Na realização das tarefas de autocuidado, a idosa sentia-se um pouco limitada. A dificuldade em executar as atividades diárias e a restrição no tipo de atividades ocorriam durante a maior parte do tempo, segundo a sua perspetiva. Na entrevista, a participante mencionou também as limitações físicas e respetivo impacto no seu dia a dia: “A dificuldade em andar é o principal e também ter dor” (ID4, 37; ID4, 38) e “(...) tenho uma pessoa para me ajudar, de 15 em 15 dias... para aspirar, limpar a casa” (ID4, 36). Destaca-se que no SF-36 (v2) foram sinalizadas dores moderadas, que

interferiam pouco com as atividades diárias, de acordo com a percepção subjetiva da utente. Durante o preenchimento do questionário, a idosa referiu que as dores interferiam pouco com o seu dia a dia, porque na instituição não tinha a oportunidade de realizar muitas atividades. Logo não sentia a interferência das dores nessas atividades, que realizava no seu domicílio, e não na instituição. Também na entrevista, a percepção sobre a falta de atividades foi mencionada: “Então eu não faço nada... O que é que se faz aqui?” (ID4, 39). No que se refere à percepção sobre a recuperação, a idosa demonstrou incerteza quanto à possibilidade de a sua saúde piorar, na resposta ao SF-36 (v2). Existe congruência com a informação transmitida na entrevista: “Não sei como é que vai ser a minha recuperação...” (ID4, 65).

Dimensão emocional

Na resposta ao questionário de autorrelato, a participante afirmou que nunca se sentia feliz, sentindo-se sempre ansiosa e tão deprimida, que nada a animava. Considerava que nunca se sentia com vitalidade e os seus problemas emocionais interferiam negativamente na realização das atividades diárias (e.g. diminuiu o tempo despendido nas atividades e executou menos atividades do que gostaria). Estas informações são consistentes com os relatos subjetivos que emergiram na entrevista e demonstram a vivência de um estado emocional negativo: “Nada me deixa satisfeita na vida. É uma tristeza total desde que o meu marido morreu” (ID4, 44; ID4, 45) e “Não tenho cabeça para fazer nada.” (ID4, 64).

Dimensão social

Nesta área, as respostas ao SF-36 (v2) mostraram que a participante reconhecia uma interferência elevada da saúde física e/ou problemas emocionais no seu relacionamento social. As seguintes verbalizações da entrevista corroboraram esta perspetiva: “As enfermeiras até me andavam a dar beijinhos e falavam para mim. Eu é que não sou uma pessoa muito comunicativa. Falo e quando tenho de falar, falo. Mas eu arranjar conversa para estar, não costumo fazer.” (ID4, 32; ID4, 33). Noutro item do SF-36 (v2), a utente afirmou que a sua atividade social (e.g. visitar amigos ou familiares) era limitada pela sua saúde física e/ou problemas emocionais, durante algum tempo. Na entrevista, confirmou-se a mesma percepção sobre o desempenho da atividade social: “(...) não tenho saúde para ir a casa delas.” (ID4, 81).

Dimensão física

A este nível, no SF-36 (v2), o idoso classificou a sua saúde como fraca, mas com algumas melhorias relativamente ao seu estado há um ano. Esta perspetiva é congruente com a perceção de melhoria física, relatada na entrevista: “Quando eu comecei a fisioterapia, ainda estava de cadeira de rodas e agora já ando com bengala...” (ID5, 23). Relativamente aos itens do SF-36 (v2) sobre o impacto da saúde física nas atividades diárias, o utente não se sentia nada limitado nas capacidades para andar cem metros e realizar as tarefas de autocuidado. Sentia-se um pouco limitado se tivesse de percorrer distâncias maiores, subir escadas ou pegar em objetos. Em atividades intensas (e.g. correr, participar em desportos extenuantes), o idoso não se sentia limitado, afirmando que não fazia as atividades e, por isso, não sentia as limitações. Na entrevista, confirmou-se a perspetiva sobre a independência em várias tarefas do quotidiano, incluindo o autocuidado: “Eu visto-me e dispo-me bem, faço tudo. Só a comida é que não faço, não consigo fazer.” (ID5, 26). Contudo, as limitações na funcionalidade foram também mencionadas, apesar da perceção de maior independência no quotidiano: “E a perna e o braço não estão bons. Não andam bons.” (ID5, 12) e “O que eu sinto é não conseguir andar.” (ID5, 51). A perceção sobre a incapacidade de andar contrasta com as respostas ao SF-36 (v2), em que o idoso mencionou poucas ou nenhuma limitações, dependendo da distância percorrida. Relativamente à recuperação, o participante não estava convencido que a sua saúde fosse piorar, segundo a resposta no SF-36 (v2). Na entrevista, demonstrou incerteza sobre a sua recuperação futuramente: “Mas agora vamos ver o que é que isto vai dar...” (ID5, 25).

Dimensão emocional

No que se refere aos itens do SF-36 (v2) sobre o estado emocional, o idoso mencionou que se sentia muito ansioso durante a maior parte do tempo. Afirmou que se sentia deprimido durante pouco tempo, assim como estava feliz durante pouco tempo. Na entrevista, foram mencionadas a tristeza: “Estou triste por estar cá todo o dia (...)” (ID5, 52) e a perda da razão de viver: “É só para empatar, é muito mau ficar velho... Era desaparecer da vista para fora...estou aqui a fazer o quê?” (ID5, 9; ID5, 10). Na entrevista, foi também evidente o desânimo relativamente à paragem da fisioterapia na instituição: “O que necessito...é a fisioterapia. Pelo menos sempre fazia alguma coisa

(...) Depois cortaram-me tudo aqui e pronto...já não consigo fazer nada.” (ID5, 31; ID5, 33) e “é um bocado triste (...) “ (ID5, 60). Deste modo, verificou-se a sinalização de ansiedade na resposta ao SF-36 (v2) e a identificação de tristeza e perda de sentido na vida, no decurso da entrevista. No instrumento de autorrelato, o idoso considerou que os problemas emocionais nunca interferiam ou interferiam pouco tempo na realização das suas atividades quotidianas.

Dimensão social

No que concerne ao SF-36 (v2), o utente afirmou que a sua saúde física e/ou problemas emocionais nunca interferiram no seu relacionamento social, nem na atividade social (e.g. visitar amigos ou familiares), no mês anterior. Durante o preenchimento do questionário, o idoso explicou que a interferência era nula, porque raramente recebia visitas dos familiares. Logo, não tinha oportunidade para sentir a interferência da saúde física e/ou dos problemas emocionais na área social. Na entrevista, foi explicitada a perceção sobre a falta de apoio familiar, concretamente a frequência reduzida das visitas dos familiares: “(...) só vêm ver-me de 8 em 8 ou de 15 em 15 dias... Trazer a roupa... Mas nada de especial. Para aqui ando, para aqui estou.” (ID5, 53). Apesar da insatisfação com este aspeto, o participante mencionou, de forma concisa e sem pormenores, como era a sua relação com os familiares: “É boa.” (ID5, 48). Foi dada uma resposta semelhante, sobre as relações estabelecidas com os utentes e os profissionais da instituição: “Também é tudo bom (...)” (ID5, 49).

ID6

Dimensão física

Esta idosa considerou a sua saúde razoável e com algumas melhorias, em comparação com a forma como se sentia há um ano, na resposta ao SF-36 (v2). Também na entrevista, foi referida a perceção sobre a evolução favorável do seu estado de saúde, nomeadamente o aumento da energia e da funcionalidade: “Já consigo ter energia para fazer certas coisas que não conseguia fazer.” (ID6, 16) e “Ainda tenho alguma dificuldade na perna e no braço direitos mas acho que já me movimento melhor.” (ID6, 17). Nos itens do SF-36 (v2), foi sinalizada dificuldade em realizar as atividades quotidianas, durante algum tempo e a execução de menos atividades do que gostaria, durante algum tempo. Além disso, a utente mencionou a existência de muitas

limitações na realização de atividades mais exigentes para si (e.g. subir vários lanços de escadas e andar, visto que se encontrava numa cadeira de rodas). Na entrevista referiu: “E agora há certas coisas que eu gostava de fazer, certas atividades que não consigo fazer.” (ID6, 8). No SF-36 (v2), afirmou que se sentia um pouco limitada na execução das tarefas de autocuidado, enfatizando as melhorias que sentia, durante o preenchimento do questionário. Assim, apesar das limitações que sentia, a utente considerava que a sua saúde era ótima, na resposta a um item do questionário. No que se refere à recuperação, a participante não estava convencida que a sua saúde fosse piorar futuramente (SF-36 (v2)), o que é congruente com a satisfação que demonstrava pelos progressos sentidos: “Tenho fisioterapia e está a resultar muito bem.” (ID6, 18).

Dimensão emocional

Relativamente ao funcionamento emocional, a idosa afirmou que se sentia calma e feliz durante a maior parte do tempo (SF-36 (v2)). Nas respostas ao questionário, disse também que se sentia sempre com vitalidade e os problemas emocionais interferiam nas suas atividades quotidianas durante pouco tempo. Na entrevista, a paciente demonstrou motivação e satisfação em participar nas atividades lúdicas da instituição, o que é congruente com o estado emocional positivo referido no SF-36 (v2): “Sim, sim, participo. Gosto muito. No Natal fizemos várias coisas e gosto muito dessas coisas assim (e.g. trabalhos manuais)” (ID6, 49). No entanto, no instrumento de autorrelato, mencionou também que se sentia deprimida durante algum tempo. No decurso da entrevista, foi identificada tristeza reativa à perceção de falta de apoio por parte da filha: “(...) ela não é capaz de cá vir (...)” (ID6, 55) e “Deixa-me muito triste.” (ID6, 56).

Dimensão social

Nas respostas ao SF-36 (v2), a utente considerou que a sua saúde física e/ou problemas emocionais não interferiam absolutamente nada com o seu relacionamento social. Relativamente à atividade social (e.g. visitar amigos ou familiares), afirmou que a saúde física e/ou problemas emocionais limitavam esse aspeto durante pouco tempo. No decurso da entrevista, as dificuldades na interação com os utentes da instituição foram atribuídas a comportamentos desses utentes, e não à saúde física e/ou a problemas emocionais da própria: “Com os utentes, há alguns que “não me entram cá dentro”, principalmente aqueles que são mal educados.” (ID6, 37). Não foram identificadas dificuldades no relacionamento social com os profissionais da instituição: “E então não

tenho razão de queixa de nenhuns (e.g. profissionais da instituição).” (ID6, 40) e “E elas (e.g. profissionais da instituição) são muito minhas amigas, tratam-me muito bem. E eu também não trato mal ninguém.” (ID6, 58). No que se refere às relações familiares, a utente valorizava o apoio familiar recebido, nomeadamente as visitas: “(...) Tive cá o meu filho (...) e a minha nora.” (ID6, 44), “também tive uma visita de uma cunhada minha e dois cunhados meus.” (ID6, 45) e “ (...) foi muito bom.” (ID6, 46). As dificuldades sinalizadas, ao nível das relações familiares, referiam-se à perceção de falta de apoio por parte de uma das filhas, mencionada anteriormente: “(...) tenho uma filha que só me telefona de vez em quando... Vir ver-me, não vem.” (ID6, 54). A idosa percecionava as suas relações sociais como satisfatórias, classificando-as de modo genérico, durante a entrevista: “São boas.” (ID6, 36) e “Estou satisfeita.” (ID6, 38).

Capítulo 4. Discussão dos resultados

Neste capítulo, realiza-se a discussão dos resultados apresentados previamente, contextualizando-se com a literatura nacional e internacional. Neste sentido, contrastam-se os resultados obtidos com os resultados de estudos anteriores, sobre a forma como os idosos vivem o envelhecimento, a institucionalização e a doença. A discussão dos resultados encontra-se organizada segundo os objetivos de investigação apresentados previamente.

1. Discussão dos resultados obtidos através da Análise Fenomenológica Interpretativa do conteúdo das entrevistas

Na presente secção, discutem-se os principais resultados que se obtiveram através da análise do conteúdo das entrevistas, salientando-se os resultados mais relevantes de acordo com os objetivos do estudo.

Objetivo geral: Avaliar a percepção de qualidade de vida (QdV) do idoso institucionalizado, através da análise exploratória das respetivas significações sobre a vivência subjetiva do envelhecimento e da institucionalização.

Objetivo específico: Compreender a percepção subjetiva do idoso institucionalizado sobre o processo de envelhecimento.

Os idosos reconheceram a especificidade do envelhecimento, que se associa à dificuldade em definir este processo. Adicionalmente, verificaram-se diferenças na forma como os idosos se identificavam com a velhice (e.g. um idoso não se identificava com a velhice, enquanto outra idosa estabelecia essa identificação). Este aspeto remete para a variabilidade na forma como o envelhecimento é conceptualizado. Assim, os resultados vão ao encontro da perspetiva de Silva (2005), que defende que o envelhecimento deve ser compreendido de forma idiossincrática e multidimensional, devido à sua especificidade. Complementarmente, os participantes do presente estudo associaram dois fatores ao envelhecimento: a idade cronológica e a reforma. O critério da idade cronológica como indicador do envelhecimento era considerado pela WHO (2002), sendo que é utilizado por quatro dos seis participantes do presente estudo (ID3; ID4; ID5; ID6). O destaque da idade cronológica como indicador do envelhecimento também se verificou no estudo de Faller et al. (2015). Relativamente à reforma como um marco do envelhecimento, Sequeira (2007) menciona este aspeto, que foi referido por dois idosos (ID5; ID6) no presente estudo. Assim, os participantes enfatizaram

critérios que remetem para a dimensão temporal do envelhecimento, que poderá ser considerada redutora e insuficiente para captar a complexidade subjacente ao envelhecimento. Tal como a WHO (2015) reconheceu, a idade cronológica não é o fator determinante na compreensão do envelhecimento, o que é congruente com a perspetiva de envelhecimento ao longo da vida, defendida por Fernández-Ballesteros (2002b). Esta autora destaca a idade funcional, em que a funcionalidade e a especificidade de cada idoso prevalecem, em comparação com a idade cronológica. Uma possível explicação para a ênfase dos participantes na dimensão cronológica é o facto de este ser o aspeto tradicionalmente associado ao envelhecimento (Paúl, 2005; Spar & La Rue, 2005; WHO, 2002). No entanto, Paúl (2005) e Sequeira (2007) referem também que o critério da idade não é um indicador rigoroso para definir o envelhecimento, visto que é um processo que ocorre ao longo da vida. A perspetiva de *life-span* tem começado gradualmente a ganhar destaque, tal como se comprova pela mudança recente na definição de idoso, pela WHO (2015).

Objetivo específico: Identificar as principais dificuldades e aspetos positivos considerados pelo idoso, na vivência do processo de envelhecimento.

No presente estudo, os idosos atribuíram uma conotação negativa ao envelhecimento, referindo as alterações físicas e emocionais que sentiam. Nenhum participante identificou ganhos associados ao envelhecimento, o que contraria a teoria de Baltes e Baltes (1990), segundo a qual os indivíduos procuram um equilíbrio entre as perdas e os ganhos decorrentes do envelhecimento. Os participantes não reportaram a vivência de um envelhecimento bem sucedido, que segundo Fernández-Ballesteros (2002b), abrange a prevenção da doença, funcionamento físico e cognitivo elevados e comprometimento ativo com a vida. Apenas um idoso (ID2) reconheceu a possibilidade de existirem aspetos positivos e negativos no envelhecimento, sendo que quando lhe foi pedido para especificar, respondeu que o aspeto positivo era conseguir ser independente no dia a dia. O mesmo idoso abordou a capacidade de as pessoas mais velhas conseguirem concretizar objetivos, enquanto outra idosa (ID4) falou sobre a manutenção do desejo sexual do marido, apesar do envelhecimento. No entanto, estes aspetos positivos referem-se à manutenção de capacidades e não à existência de ganhos. Além disso, ambos os idosos que identificaram a manutenção de capacidades apresentaram uma perspetiva negativa sobre o envelhecimento, enfatizando as perdas que sentiam no decurso desse processo (e.g. físicas, emocionais). As alterações físicas

reportadas pelos participantes incluem a diminuição da funcionalidade e o aparecimento de doenças, o que se enquadra no aumento da vulnerabilidade a patologias e diminuição das capacidades físicas, decorrentes do envelhecimento (Juengst, 2005; Sequeira, 2007). A nível emocional, os idosos abordaram a vivência do sentimento de perda, tristeza e antecipação da morte, considerando que o envelhecimento era um processo negativo. Esta perspetiva é congruente com a existência de alterações na autoestima, perceção de autoeficácia e forma como se atribui sentido à vida, devido ao envelhecimento (Silva, 2005). A vivência negativa do envelhecimento foi também reportada pelos participantes do estudo de Lopes et al. (2012), que destacaram que os idosos com níveis de escolaridade mais baixos descreviam uma perspetiva mais negativa do envelhecimento. Esta situação verificou-se no presente estudo, em que o nível de escolaridade dos participantes variava entre a ausência de escolarização e o 4º ano. Deste modo, o facto de os idosos terem menos oportunidades para obter informação poderá contribuir para uma visão mais negativa e estereotipada do envelhecimento (Gázquez et al., 2009; Lopes et al., 2012).

Objetivo específico: Compreender o impacto da institucionalização na perceção de qualidade de vida do idoso, através da exploração das principais dificuldades e aspetos positivos da vivência no meio institucional.

Na literatura, demonstra-se também que os idosos institucionalizados têm uma imagem mais negativa do envelhecimento (Anderson & Dabelko-Schoeny, 2010; Araújo et al., 2005; Lopes et al., 2012). Deste modo, a institucionalização é um fator que poderá dificultar a vivência do envelhecimento. No presente estudo, os participantes identificaram implicações físicas e emocionais negativas da institucionalização, que incluíam a perda de peso, episódios de choro, pensamentos ruminativos, perceção de maior dependência e angústia devido à distância de casa. Existe assim um impacto emocional negativo da institucionalização, que se reflete numa perceção mais negativa dos idosos sobre a sua QdV e QdVRS, reportada também noutros estudos (Kim et al., 2009; Runcan, 2012). Baglioni (1989) menciona a influência que as condições ambientais e a prestação de cuidados na instituição têm na adaptação (positiva ou negativa) dos idosos à institucionalização. Com efeito, os idosos referiram alguns aspetos negativos, associados à estadia na instituição. Evidenciou-se insatisfação com a alimentação e os comportamentos dos profissionais da instituição (e.g. desrespeito pelo tempo de descanso, forma de comunicar com os utentes), por parte de um idoso (ID1).

A sinalização destas dificuldades é congruente com a perspetiva sobre a importância das condições da instituição e da prestação de cuidados, na adaptação dos idosos à institucionalização (Baglioni, 1989; Kasl, 1972). Relativamente às atividades lúdicas na instituição, uma idosa (ID6) demonstrou-se satisfeita, enquanto dois idosos (ID4; ID5) mencionaram a falta de atividades e respetiva diversidade, na instituição. A interação com alguns utentes da instituição foi uma dificuldade referida por dois participantes do estudo (ID1; ID6). Deste modo, destaca-se a importância de promover interações sociais positivas dos idosos com os seus pares, através de atividades *de storytelling*, promotoras do convívio, criatividade e bem-estar emocional dos idosos (Scott & DeBrew, 2009). Um idoso (ID5) demonstrou insatisfação com a tomada de decisão por parte dos profissionais, relativamente à mudança de instituição. Neste caso, verifica-se uma diminuição da autonomia do idoso decorrente da institucionalização, visto que não é considerada a sua capacidade para tomar uma decisão, consoante as suas necessidades (Agich, 1990). Baglioni (1989) destaca a promoção da autonomia dos idosos como um fator promotor da adaptação à institucionalização. No caso particular deste idoso, não foi reportada insatisfação com a estadia na instituição, o que poderá ser explicado pela avaliação muito negativa que fazia da instituição futura, valorizando a instituição onde estava atualmente.

No âmbito das dificuldades sentidas durante a institucionalização, destaca-se a vivência da viuvez, por parte de duas participantes (ID3; ID4). Principalmente num dos casos (ID4), é significativo o impacto emocional da perda do marido (há 5 meses) e do filho (no decurso da sua vida). A idosa reportava reações emocionais intensas, nomeadamente tristeza, sentimento de perda global, perda de sentido na vida e desejo de morrer. Tendo em conta que o marido faleceu há 5 meses, a idosa encontrava-se em processo de luto, em que a tristeza é uma emoção expectável (Gibson, 2012). No entanto, apresentava sintomas de um processo de luto crónico relativamente ao filho, visto que reportava desgosto, trauma emocional e ausência de alegria desde que o filho falecera. Neste sentido, ambas as perdas estarão a afetar negativamente a vivência da idosa na instituição (e.g. falta de motivação para atividades de lazer) e, por conseguinte, a perceção que tem sobre a sua QdV. No caso da outra idosa (ID3), o marido falecera há 8 anos, sendo que demonstrava maior aceitação da perda mas abordava a diferença entre a vivência do casamento e da viuvez com tristeza e lamento sobre a sua vida atual. A vivência reportada pelas idosas vai ao encontro da perspetiva de Gibson (2012),

segundo a qual o contexto de múltiplas perdas e a percepção de interdependência relativamente ao cônjuge falecido, poderão dificultar o processo de luto dos idosos, impactando negativamente no seu estado emocional. Por conseguinte, apesar de a perda dos entes queridos não ser uma dificuldade específica da vivência no meio institucional, corresponde a uma dificuldade sentida pelas idosas durante a sua estadia na instituição, tendo uma influência negativa no seu estado emocional. Deste modo, estará a dificultar a vivência da institucionalização por parte das idosas, afetando negativamente a sua percepção de QdV.

Relativamente aos aspetos positivos associados à estadia na instituição, um idoso (ID1) valorizou as instalações, e outro idoso (ID2) referiu a terapia da fala. Contudo, o aspeto mais evidente é a satisfação com a fisioterapia, sendo que quatro idosos (ID1; ID2; ID5; ID6) destacaram a qualidade e o impacto positivo deste tratamento na sua recuperação. Desta forma, verificou-se que os cuidados médicos iam ao encontro das necessidades dos idosos, o que é um aspeto promotor da sua adaptação à institucionalização e da sua percepção de QdV e QdVRS. A não adequação dos cuidados médicos às necessidades dos idosos, poderá dificultar a vivência da institucionalização, prejudicando o seu estado de saúde (Kasl, 1972; Tobin, 1989) e, consequentemente, a sua percepção de QdV e QdVRS.

Objetivo específico: Explorar o impacto da prestação de cuidados na percepção de qualidade de vida do idoso.

Verificaram-se incongruências na percepção dos idosos sobre a prestação de cuidados. Três idosos (ID4; ID5; ID6) referiram que não tinham queixas sobre os cuidados prestados, emergindo também a valorização da ajuda, carinho, atenção e zelo dos profissionais. Os idosos (salientam-se ID5 e ID6) que se demonstraram mais satisfeitos com os cuidados prestados na instituição apresentavam maior satisfação com a estadia na instituição. Por outro lado, o idoso (ID1) que reportou mais queixas quanto à prestação de cuidados e/ou condições da instituição, mencionou insatisfação e desejo de sair da instituição. No caso deste participante, existiam dificuldades significativas a nível emocional, decorrentes da estadia na instituição (e.g. insónia, perda de peso, episódios de choro). Por conseguinte, conclui-se que as condições da instituição e a prestação de cuidados influenciaram a forma como os idosos viviam a

institucionalização, nomeadamente o seu estado emocional e a percepção sobre a sua QdV enquanto na instituição.

De modo complementar à percepção sobre a prestação de cuidados, surgem as características que os idosos valorizam no ato de cuidar, de forma geral. Apenas uma idosa (ID3) mencionou as características físicas do cuidador (e.g. saúde e força), enquanto todos os idosos destacaram as características emocionais no ato de cuidar (e.g. amor, carinho, respeito, paciência, humanização, adaptação às necessidades da pessoa e compreensão sobre as suas dificuldades, entre outras). A forma como os idosos conceptualizam o ato de cuidar de modo genérico influenciará a forma como percebem o facto de serem alvo de cuidados, na instituição. Deste modo, os resultados obtidos integram-se na perspectiva de personalização e otimização dos cuidados, segundo a qual o respeito, o carinho e a consideração das características específicas de cada idoso contribuem para a adaptação positiva dos idosos à institucionalização (Baglioni, 1989; Marini, 1999; Tobin, 1989). Marini (1999) e Tobin (1989) enfatizam a compreensão dos profissionais acerca das necessidades dos utentes, de modo a estabelecerem uma comunicação que contribua para a sua satisfação com os cuidados. A compreensão sobre as dificuldades do idoso na prestação de cuidados foi mencionada também no presente estudo.

Objetivo específico: Avaliar a percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) do idoso institucionalizado.

Ao nível da QdVRS, Kim et al. (2009) referem que a percepção negativa sobre o estado de saúde influencia negativamente o estado emocional dos idosos institucionalizados. No presente estudo, destaca-se a percepção dos idosos sobre a diminuição da funcionalidade e aumento da dependência, reflectindo-se na percepção negativa sobre o seu estado de saúde. Assim, as limitações físicas originam incapacidade para realizar atividades significativas, afectando o estado emocional dos idosos. Se existirem limitações físicas e restrições nas atividades valorizadas pelos idosos, a institucionalização poderá aumentar o risco de depressão nos idosos (Kasl, 1972). Este autor refere as limitações físicas decorrentes da doença, o que corresponde à situação vivida pelos participantes do presente estudo. Os idosos apresentavam limitações físicas devido à ocorrência de AVC'S, sendo que a doença desencadeava também emoções de tristeza, revolta e zanga. Os idosos demonstraram uma percepção de

debilidade física, destacando o impacto que as limitações físicas tinham no seu quotidiano e na vivência de emocionalidade negativa. Por conseguinte, apresentaram uma baixa perceção de QdVRS. De acordo com a literatura, o AVC acarreta limitações significativas na funcionalidade, ao nível da realização das AVD e AIVD; compromete o nível de independência e diminui a perceção de QdV e QdVRS dos pacientes (Cesário et al., 2006; Nunes et al., 2005; Rangel et al., 2013; Tornbom, et al., 2017). No decurso da vivência das limitações físicas, os pacientes poderão apresentar tristeza, labilidade emocional, pensamento catastrófico, raiva e frustração; consoante a duração e a intensidade das reações emocionais, existirá maior probabilidade de apresentarem depressão (Dennis et al., 2000; Kneebone & Lincoln, 2012). Desta forma, os relatos dos participantes vão ao encontro das implicações dos AVC'S reportadas na literatura. Adicionalmente uma idosa (ID3) manifestou tristeza e revolta devido à discrepância entre o seu papel de cuidadora previamente, e o facto de ser alvo de cuidados no momento presente. A perceção sobre a mudança do papel de cuidador para alvo de cuidados foi também destacada no estudo de Dowswell et al. (2000), que mencionam a transição da atividade para a passividade no âmbito da prestação de cuidados.

Relativamente à recuperação, os relatos dos idosos incidem nas capacidades físicas (e.g. funcionalidade e independência no quotidiano). Os progressos sentidos são referidos, sendo que as atividades e papéis desempenhados previamente são utilizados como termo de comparação. Por exemplo, são valorizadas as capacidades prévias para trabalhar e/ou realizar as AVD de modo independente. Consoante o grau de recuperação dos idosos, é evidente a insatisfação devido à incapacidade para realizar as mesmas atividades atualmente ou a perceção sobre a evolução favorável da funcionalidade e independência. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Dowswell et al. (2000), segundo o qual a recuperação é conceptualizada em termos do grau de congruência entre a vida antes e depois do AVC. Assim as atividades e papéis desempenhados antes do AVC são considerados o standard, segundo o qual as limitações e a recuperação são avaliadas subjetivamente (Dowswell et al., 2000). No presente estudo, verificou-se esta situação, emergindo a subcategoria *perceção sobre a vida antes da doença*, em que os idosos destacam as suas capacidades e atividades prévias, que diferem do seu estado atual. Tal como foi referido anteriormente, o AVC apresenta um impacto emocional significativo para os idosos do presente estudo; a nível social, destacam-se as limitações no desempenho da atividade profissional e na capacidade para visitar os familiares (este

último aspeto foi mencionado por uma participante). Por conseguinte, a recuperação apresenta um cariz dinâmico e multidimensional, que envolve as esferas física, emocional e social (Dowswell et al., 2000). A nível médico, os idosos dispunham de fisioterapia e terapia da fala, sendo que alguns idosos tinham acompanhamento psicológico na instituição (os idosos não abordaram o acompanhamento psicológico na entrevista; este foi referido pela psicóloga da instituição). A participação nas atividades de animação sociocultural estava também à sua disposição, constituindo uma oportunidade de promoção da interação social entre os utentes. Assim, destaca-se a natureza multifacetada e abrangente do programa de reabilitação, que se dirige às áreas de funcionamento afetadas pelo AVC e ajuda os indivíduos a lidar com as respetivas implicações (Forster & Young, 1996; Nunes et al., 2005).

A partir do que foi apresentado, constata-se que a vivência da doença é uma categoria significativa, emergente no presente estudo. O impacto físico e emocional da doença poderá estabelecer o elo de ligação entre a perceção que os idosos têm acerca do envelhecimento e da institucionalização. Com efeito, a perceção negativa sobre o estado de saúde atual devido à doença, contribuirá para uma perspetiva mais negativa sobre o envelhecimento (e.g. vivido com limitações físicas) e a institucionalização (e.g. perceção negativa sobre a necessidade de depender dos cuidados prestados por profissionais).

Objetivo específico: Compreender o impacto da rede de apoio social na adaptação do idoso à institucionalização.

A nível familiar e social, três idosos (ID2; ID5; ID6) identificaram a perceção de falta de apoio de alguns familiares, sendo que a diminuição do número de contactos e/ou visitas dos familiares é um fator que potencia a solidão e a dificuldade na vivência da institucionalização (Aboim, 2014; Barroso, 2006; Kasl, 1972). Contudo, dois dos referidos idosos (ID2; ID6) valorizavam o apoio recebido por parte de outros familiares, o que contribuirá para atenuar o efeito da falta de apoio que sentiam dos restantes elementos da família. Deste modo, estes dois idosos não demonstraram insatisfação com a estadia na instituição. Uma possível explicação é o facto de a perceção de falta de apoio ser prévia à institucionalização, visto que os idosos mencionavam conflitos que já se prolongavam há mais tempo. No entanto, em ambos os casos a perceção de falta de apoio familiar era um motivo de sofrimento psicológico para os idosos, corroborando a

perspetiva sobre o aumento do risco de depressão em idosos institucionalizados, quando existe um número reduzido de contactos e/ou visitas dos familiares (Kasl, 1972).

O outro idoso que percecionava falta de apoio familiar (ID5) demonstrava-se satisfeito com a estadia na instituição de modo geral, embora demonstrasse tristeza devido à frequência reduzida de visitas dos familiares, que atribuía aos seus papéis profissionais. Deste modo, a situação do idoso enquadra-se na menor disponibilidade das famílias para prestarem cuidados aos idosos, devido às exigências profissionais (Neto & Corte-Real, 2013). A satisfação com a estadia na instituição poderá dever-se, tal como foi mencionado anteriormente, à avaliação muito negativa que fazia da instituição para onde iria futuramente, valorizando a instituição atual.

Apesar das diferenças existentes no contexto específico de cada idoso, todos os participantes valorizaram o apoio familiar que recebiam, enfatizando a influência positiva no seu estado emocional (e.g. alegria sentida quando recebiam ajuda e/ou visitas dos familiares). Esta situação corrobora a importância da avaliação subjetiva do idoso sobre o apoio social que recebe, quando se pretende compreender a qualidade de vida da população idosa (Lawton, 1991). Neste âmbito, Neto e Corte-Real (2013) salientaram que os idosos institucionalizados mais satisfeitos com a sua rede de apoio social, sinalizavam menos sintomatologia depressiva. Este resultado demonstra a influência positiva que a satisfação dos idosos com o apoio social recebido tem no seu bem-estar emocional, tal como se verificou no presente estudo.

Objetivo específico: Explorar os recursos (internos e externos) utilizados pelo idoso, no confronto com as dificuldades decorrentes do envelhecimento e da institucionalização.

Relativamente aos recursos internos utilizados pelos idosos, um participante (ID1) referiu que não utilizava nenhum recurso para lidar com as dificuldades a nível emocional. No entanto, o mesmo idoso apresentava diversas queixas sobre a estadia na instituição, referindo o impacto que tinham no seu estado emocional, e minimizava-as posteriormente (e.g. afirmou que não sentira mudanças devido à institucionalização, nem se podia queixar, pois eram coisas pequenas). Considero que a minimização das queixas e dificuldades sentidas na instituição será uma estratégia de confronto, que o idoso utilizará para lidar com o impacto emocional negativo que a institucionalização tinha para si. A minimização é uma estratégia de confronto que se inclui no coping

centrado na emoção, visando a regulação emocional através da relativização da situação (Lazarus & Folkman, 1984). Outra participante (ID3) mencionou a utilização do evitamento (e.g. através da distração), que corresponde a uma estratégia de confronto focada na emoção. Ao nível do coping centrado na resolução do problema, três idosos (ID1, ID2 e ID4), indicaram a adaptação das suas condições de vida (e.g. profissionais, domiciliares) e das tarefas domésticas, às limitações físicas. A receção de apoio instrumental foi também referida por dois idosos (ID1 e ID4), destacando-se assim a estruturação de ações destinadas à gestão da situação e a procura de recursos externos. Se as estratégias de confronto utilizadas forem adequadas à situação, terão um impacto positivo na vivência e percepção de QdV dos idosos (Paúl & Fonseca, 1999). No presente estudo, os idosos valorizaram a procura de recursos externos (e.g. apoio instrumental) e as ações destinadas à gestão das limitações decorrentes da doença, ou seja, o coping focado na resolução do problema. O evitamento através da distração não demonstrou elevada eficácia, pois a idosa considerava que era difícil esquecer os problemas e concentrar-se nas atividades distrativas. A ênfase no coping focado na resolução do problema vai ao encontro da proatividade do idoso no confronto com as limitações associadas à doença (Paúl & Fonseca, 1999).

A partir dos resultados que foram apresentados, constata-se que existe uma multiplicidade de fatores que influenciam a forma como os idosos conceptualizam e vivem o envelhecimento, a doença e a institucionalização, influenciando a percepção que têm acerca da sua QdV e QdVRS. A vivência de limitações físicas decorrentes da doença, e a percepção sobre as condições e cuidados prestados na instituição, afetam a forma como os idosos consideram a sua experiência de envelhecimento e institucionalização, apresentando um impacto emocional significativo.

A referência à doença e respetivas implicações foi transversal, pelo que se enfatiza a importância de considerar a percepção que os idosos têm acerca do seu estado de saúde (e.g. QdVRS). Neste âmbito, confirma-se que é relevante avaliar a percepção que os idosos têm sobre a sua QdVRS, como um dos determinantes da QdV global (Post, 2014). Especificamente na vivência da doença, a QdVRS possibilita a compreensão sobre os aspetos que são afetados pela morbilidade (Sturm et al., 2004). Assim, facilita-se a identificação e a utilização de recursos que visem o confronto com as limitações.

Salienta-se também a influência das características do meio institucional (e.g. condições da instituição e contexto emocional da prestação de cuidados), pelo que as especificidades da institucionalização demonstram-se pertinentes, na avaliação e promoção da QdV e QdVRS dos idosos.

Em cada caso específico, emergem outros fatores, cuja influência depende da história de vida dos idosos e de fatores contextuais (e.g. perda de entes queridos, percepção positiva e/ou negativa sobre as relações familiares). Deste modo, confirma-se a necessidade de considerar o construto QdV como multidimensional, individual e subjectivo, para o qual contribuem diversos fatores (Dahlan et al., 2016). Os idosos destacavam os fatores que, de acordo com a sua vivência subjetiva, tinham maior impacto na sua QdV.

2. Discussão dos resultados do SF-36 (v2) e da entrevista semiestruturada

Seguidamente discutem-se as principais incongruências entre os relatos dos idosos, no instrumento de autorrelato e na entrevista. Parte-se das incongruências mencionadas no SF-36 (v2), visto que é um método que apresenta maior estruturação, promovendo a identificação de incongruências em questões específicas. Os resultados são contrastados com a informação da entrevista, que possibilita a explicação e o fornecimento de informação mais detalhada, pelos idosos.

Objetivo geral: Avaliar a percepção de qualidade de vida (QdV) do idoso institucionalizado, através da análise exploratória das respetivas significações sobre a vivência subjetiva do envelhecimento e da institucionalização.

Objetivos específicos: Avaliar a percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) do idoso institucionalizado;

Compreender o impacto da rede de apoio social na adaptação do idoso à institucionalização.

Dimensão Física

Nesta dimensão, destaca-se a elevada congruência entre as respostas ao SF-36 (v2) e a descrição das limitações físicas sentidas pelos idosos, na entrevista. Deste modo, os idosos que reportaram uma percepção negativa sobre o seu estado de saúde no questionário demonstraram a mesma perspetiva na entrevista (e.g. ênfase nas limitações

físicas da doença, tanto ao nível da funcionalidade como da independência). A entrevista permitiu a pormenorização da informação obtida através do instrumento de autorrelato, especificando-a de acordo com a vivência subjetiva e o contexto do idoso. Relativamente à dimensão física, salienta-se a necessidade dos idosos de fornecer mais informação, indo além do que era questionado nos itens do SF-36 (v2). Dois participantes revelaram esta necessidade, na resposta a questões sobre as limitações sentidas nas atividades diárias. Com efeito, uma idosa (ID4) referiu que apesar de sentir dores moderadas, estas não interferiam com as atividades diárias devido à inexistência de oportunidade para realizar as atividades na instituição. Na entrevista, voltou a mencionar a falta de oportunidade para realizar atividades na instituição. Outro idoso (ID5) explicou que não se sentia limitado na realização de atividades intensas (e.g. correr, participar em desportos extenuantes) porque não tinha a oportunidade de realizar essas atividades, no seu dia a dia. Não demonstrou valorização das atividades de corrida e desporto extenuante, afirmando que não integravam o seu quotidiano; logo, não percecionava limitações na realização dessas tarefas. Esta perspetiva coincide com a avaliação do estado de saúde e da qualidade de vida, em função das limitações em atividades que são valorizadas pelo próprio (Paúl & Fonseca, 1999).

Apesar de existir congruência entre o questionário e a entrevista relativamente à perceção sobre o estado de saúde, dois idosos apresentam incongruências em questões mais específicas. Com efeito, um idoso (ID5) afirmou que não sentia limitações na capacidade de andar, enquanto na entrevista destacou esta dificuldade. Em relação à recuperação, demonstrou convicção na crença de que a sua saúde não iria piorar (SF-36 v2); na entrevista, revelou incerteza quanto à recuperação, demonstrando um pensamento mais negativista. Como a entrevista permite que exista maior interação entre a investigadora e os participantes, o idoso poder-se-á ter sentido mais à vontade para expressar as suas dificuldades, o que explicaria o destaque dado às dificuldades na entrevista, e não no questionário. Numa direção oposta, outro idoso (ID1) destacou limitações na capacidade de andar, assim como a crença de que a sua saúde iria piorar futuramente (SF-36 v2). Na entrevista, o participante demonstrou uma perceção positiva sobre ambos os aspetos, valorizando a sua capacidade de andar e a crença na evolução favorável do seu estado de saúde. Esta incongruência poderá ser explicada pela tentativa de transmitir uma imagem mais positiva de si e da sua saúde, num contexto que promovia uma interação dinâmica entre a investigadora e o participante e a obtenção de

informação mais detalhada (e.g. entrevista). Esta hipótese vai ao encontro de um recurso que o idoso utilizou durante a entrevista, no relato sobre a sua estadia na instituição: minimização das queixas e dificuldades sentidas na instituição, que tinha mencionado no decurso da entrevista. A tentativa de transmitir uma imagem mais favorável do seu estado de saúde também ocorrerá no caso da participante ID6. A idosa menciona que a sua saúde é óptima, na resposta ao item do SF-36 (v2), enquanto refere a existência de limitações físicas apesar dos progressos sentidos (tanto no questionário, como na entrevista).

Deste modo, o contexto da entrevista terá permitido, por um lado, a explicitação de dificuldades e, por outro lado, a utilização de recursos que permitiam lidar com as dificuldades a nível emocional (e.g. negação e minimização das dificuldades). Em ambos os casos, a entrevista permitiu acrescentar informação aos resultados do SF-36 (v2), contextualizando-a de acordo com as especificidades de cada idoso (e.g. vivência subjetiva, estratégias de confronto utilizadas).

Dimensão emocional

Na vertente emocional, verificou-se que a informação obtida através do instrumento de autorrelato e a entrevista era congruente, de modo geral. Assim, os idosos que identificaram dificuldades a nível emocional no SF-36 (v2), tais como tristeza e ansiedade, também as referiram na entrevista. Durante a entrevista, foi possível compreender as situações e motivos associados ao estado emocional dos idosos, que era descrito de modo mais genérico no questionário (e.g. sentir-se ansioso ou deprimido durante a maior parte do tempo). No caso de um idoso (ID5), foi sinalizada ansiedade na resposta ao questionário, enquanto na entrevista o participante mencionou a tristeza que sentia e as situações que motivavam esse estado emocional (e.g. paragem da fisioterapia, estadia na instituição durante todo o dia, envelhecimento). Neste caso, não se verifica uma incongruência, mas sim uma situação de complementaridade entre a informação obtida através de ambos os métodos. Por conseguinte, foi possível compreender de modo mais abrangente o estado emocional do idoso, identificando-se a vivência de ansiedade e tristeza.

Por outro lado, verificou-se uma incongruência na resposta ao SF-36 (v2), no caso de uma idosa (ID3). A participante afirmou que se sentia sempre feliz, num item do questionário (apesar de afirmar que se sentia deprimida durante algum tempo,

também neste instrumento). Durante a entrevista, foram reportadas emoções de tristeza, zanga e revolta decorrentes das limitações físicas. Assim, o facto de mencionar que se sentia sempre feliz poderá traduzir uma negação das dificuldades sentidas, procurando transmitir uma imagem mais favorável do seu estado emocional. Na entrevista, a idosa mencionou a utilização do evitamento (e.g. através da distração), como recurso para lidar com a tristeza. Por conseguinte, a interpretação da resposta ao SF-36 (v2), em conjunto com a informação recolhida na entrevista, permitirá a compreensão alargada sobre as estratégias de confronto utilizadas pela idosa (e.g. negação das dificuldades, além do evitamento através da distração).

Dimensão social

Relativamente à área social, existem inconsistências nas respostas dos participantes ao SF-36 (v2), que diferem consoante o idoso. Por exemplo, o participante ID1 reconheceu que as limitações físicas e as dificuldades emocionais impactavam negativamente no seu relacionamento e atividade social, nas respostas ao SF-36 (v2). Na entrevista, as dificuldades a nível social foram atribuídas aos comportamentos e características das pessoas da instituição, e não às limitações físicas e/ou problemas emocionais do próprio. Novamente, poderá verificar-se uma tentativa de transmitir uma imagem mais positiva de si, no contexto da entrevista, visto que responsabiliza os outros pelas dificuldades e não menciona os aspetos que foram identificados no questionário (e.g. limitações físicas, dificuldades emocionais). Por outro lado, a participante ID3 identificou um impacto moderado das limitações físicas e/ou problemas emocionais nas suas relações sociais. Esta informação não é corroborada na entrevista, visto que não foram reportadas dificuldades no relacionamento com familiares, amigos, profissionais e/ou utentes da instituição; pelo contrário, idosa demonstrou satisfação com as relações sociais, não identificando dificuldades a esse nível. Deste modo, poderá ter ocorrido incompreensão relativamente ao conteúdo do item do SF-36 (v2), visto que a resposta não se enquadra na restante informação obtida. Adicionalmente, a idosa afirmou que as limitações físicas e/ou problemas emocionais nunca dificultaram a sua atividade social (e.g. visitar amigos e/ou familiares). Tendo em conta as limitações significativas que apresentava a nível físico (e.g. estava institucionalizada e numa cadeira de rodas), seria de esperar que pudesse percecionar limitações na atividade social. Assim, uma possível explicação é o facto de a idosa não ter compreendido a distinção entre os conceitos de relacionamento e atividade social, a que se refere o SF-36 (v2). Por exemplo o

participante ID2 demonstrou maior congruência nas respostas, pelo que terá conseguido compreender a distinção entre ambos os conceitos. O idoso reconheceu o impacto das limitações físicas e/ou problemas emocionais na sua atividade social, mas não no relacionamento social (SF-36 v2). Uma potencial explicação para estes resultados é o facto de as limitações físicas interferirem na sua capacidade para realizar atividades sociais (e.g. visitar familiares ou amigos, o que é dificultado pelo facto de o idoso estar numa cadeira de rodas e estar institucionalizado). No entanto, as dificuldades no relacionamento social deviam-se afastamento dos filhos e à perceção de falta de apoio familiar, mencionados na entrevista. No caso da participante ID6, verifica-se a mesma situação: não identificou o impacto das limitações físicas e/ou problemas emocionais no relacionamento social, pois as dificuldades neste âmbito deviam-se à perceção de falta de apoio da filha. Por outro lado, sinalizou a influência das limitações físicas e/ou problemas emocionais na atividade social, o que se poderá explicar pelo facto de estar institucionalizada e numa cadeira de rodas.

Na resposta aos itens sobre o funcionamento social, verificou-se também uma necessidade sinalizada anteriormente: acrescentar informação que vai além do que é questionado nos itens, de modo a justificar a perceção subjetiva do idoso. Desta forma, o participante ID5 não reconheceu a interferência da saúde física e/ou problemas emocionais no relacionamento, nem na atividade social. Novamente, explicou que não sentia essa interferência porque não tinha oportunidade para tal (e.g. devido à ausência de visitas dos familiares). Esta informação foi corroborada na entrevista, em que o idoso abordou a sua perceção sobre a frequência reduzida das visitas dos familiares. Consequentemente, teria menos oportunidades para estabelecer relações sociais e desempenhar atividades neste âmbito. O idoso não reconheceu o facto de estar institucionalizado e ter dificuldades na mobilidade, como fatores que limitavam a sua atividade social (e.g. visitar amigos e/ou familiares). Neste sentido, também poderá ter ocorrido incompreensão sobre a diferença entre os conceitos de relacionamento e atividade social, visto que o participante não teve em conta a sua capacidade para visitar outras pessoas, mas apenas receber visitas e relacionar-se com os familiares.

No caso da participante ID4, verificou-se congruência entre os relatos no questionário e na entrevista. Em todos os casos, a entrevista permitiu aprofundar a informação sobre o contexto familiar e social dos idosos. Por um lado, possibilitou a contemplação de outros motivos para dificuldades a nível social, além das limitações

físicas e/ou problemas emocionais (e.g. afastamento dos familiares e frequência reduzida de visitas). Por outro lado, foi possível especificar as dificuldades sentidas pelos idosos, a nível social (e.g. dificuldades na relação com os familiares, com os profissionais da instituição, dificuldade em visitar familiares). Na entrevista, salienta-se que apenas a participante ID4 mencionou a dificuldade em visitar familiares, sendo que os restantes idosos apenas falaram sobre a receção de visitas no meio institucional. A adoção de uma perspetiva mais passiva neste âmbito poderá dever-se ao facto de estarem institucionalizados e terem limitações significativas ao nível da mobilidade (e.g. três idosos, ID2, ID3 e ID6, estão numa cadeira de rodas), não considerando a possibilidade de desempenharem atividades sociais de modo proativo.

Apreciação geral

A partir dos resultados apresentados, constata-se que os participantes apresentam uma baixa perceção de QdVRS, visto que descrevem implicações físicas decorrentes da doença, problemas emocionais e, em alguns casos, dificuldades a nível social. Deste modo, verificam-se limitações no funcionamento físico, emocional e social, que foram avaliadas de acordo com a perceção subjetiva dos idosos sobre as referidas dimensões (Wilson & Cleary, 1995). Com efeito, através do SF-36 (v2), três idosos classificaram a sua saúde fraca, enquanto os restantes três participantes consideravam que era razoável. No entanto, mesmo no caso dos idosos que categorizavam a sua saúde como razoável, foram identificadas limitações físicas significativas, ao nível da funcionalidade. Na dimensão emocional, todos os participantes identificaram a vivência de tristeza e/ou ansiedade, através do instrumento de autorrelato. A nível social, existiram algumas incongruências, nomeadamente a sinalização de dificuldades devido aos problemas físicos e/ou emocionais (no SF-36 v2), e a identificação de causas diferentes para as dificuldades a nível social, na entrevista. Assim, os idosos poderão ter tido dificuldade em compreender os itens do questionário, relativamente ao relacionamento e à atividade social. Especificamente, poderá ter existido dificuldade em distinguir os dois conceitos; por outro lado, os itens questionam os idosos acerca do impacto da saúde física e/ou emocional no funcionamento social, sem mencionar outras causas possíveis para dificuldades a nível social. Assim, poderão ter respondido afirmativamente a esses itens devido ao facto de sentirem dificuldades a nível social, mas não terem outras alternativas de resposta no questionário, quanto aos motivos dessas dificuldades. Seguindo esta linha de pensamento, o estudo de Anderson et al. (1996) demonstra que o

SF-36 é adequado para avaliar a percepção de idosos que sofreram AVC'S, sobre o seu funcionamento físico e mental; no entanto, não se demonstra eficaz na avaliação da dimensão social. Os autores concluíram que os itens que medem o funcionamento social não permitiam captar a forma como os idosos desempenhavam as atividades sociais, comparativamente a um instrumento que conseguia fazê-lo de modo mais específico (e.g. Adelaide Activities Profile). Este instrumento foca-se na realização de atividades quotidianas, incluindo as AIVD, tarefas de manutenção do ambiente domiciliar, atividades de prestação de serviços (e.g. voluntariado) e atividades sociais recreativas (e.g. hobbies) (Anderson et al., 1996). Neste sentido, a avaliação do funcionamento social através do SF-36 demonstra-se insuficiente também no presente estudo, pelo que a informação obtida através da entrevista foi útil para compreender detalhadamente como é que os idosos funcionavam a esse nível (e.g. relações familiares e sociais, tanto na instituição como fora do meio institucional).

O SF-36 tem sido utilizado na avaliação da percepção de QdVRS de pacientes que sofreram AVC's, concluindo-se que apresentavam uma percepção negativa sobre o seu estado de saúde (Almborg & Berg, 20009; Cesário et al., 2006; Demet et al., 2008; Patel et al., 2006; Rangel et al., 2013). No entanto, no caso específico da população idosa, destaca-se a importância de aplicar o SF-36 em condições menos estandardizadas, para evitar a existência de dados omissos decorrentes da incompreensão das questões (Anderson et al., 1996). No seu estudo, estes autores aplicaram o questionário em contexto de entrevista, permitindo maior interação entre o investigador e os participantes, e a clarificação de possíveis dúvidas. No presente estudo, as limitações na motricidade fina (e.g. decorrentes do AVC) e/ou leitura foram um entrave ao preenchimento dos questionários pelos participantes, pelo que a investigadora escrevia as respostas que os idosos davam verbalmente, explicando e clarificando os itens que suscitavam dúvidas. Este modo de aplicação do questionário possibilitou a diminuição da omissão de respostas e possíveis enviesamentos, causados pela incompreensão das questões.

Hayes et al. (1995) identificaram um número elevado de respostas omissas entre os participantes idosos que respondiam ao SF-36. Esta situação verificou-se principalmente em itens que se referiam a atividades exigentes (e.g. correr, desportos extenuantes), que não se aplicavam à vivência diária dos idosos. Deste modo, sugere-se a reformulação das questões, enquanto se aplica o questionário aos idosos; por exemplo,

referir “atividades diárias” em detrimento de “trabalho” e abordar atividades que se incluam nas suas rotinas diárias, em vez de questionar sobre “atividades vigorosas (e.g. correr, desportos extenuantes)” (Hayes et al., 1995).

Neste sentido, constatou-se no presente estudo que os idosos demonstravam a necessidade de explicar as suas respostas aos itens do instrumento de autorrelato. Por exemplo, explicaram que não sentiam limitações nas atividades porque nem sequer as realizavam, ou seja, correspondiam a tarefas que não se aplicavam na sua vivência subjetiva e realidade quotidiana. As atividades de corrida e desporto extenuante não se incluirão na vivência diária de uma pessoa que se encontre numa cadeira de rodas, pelo que o próprio poderá não se sentir limitado porque nem as considera como parte integrante do seu quotidiano (tal como aconteceu no presente estudo). No entanto, é relevante ter em conta se essas atividades eram ou não valorizadas pelo idoso no passado, o que influenciará a perceção que tem sobre a sua limitação (Paúl & Fonseca, 1999).

Assim, enfatiza-se a necessidade de adaptação dos itens às características dos participantes (Haan, 2002), assim como a assistência do investigador durante a aplicação do questionários a idosos que apresentem dificuldades a nível físico, psicológico e/ou idade avançada (Hayes et al., 1995). Segundo Hayes et al. (1995), a percentagem de respostas omissas entre os idosos diminui de 61% para 12%, quando o SF-36 é administrado através da interação com o investigador. A aplicação do SF-36 à população idosa através da interação com o investigador, é recomendada também noutros estudos em que os participantes eram idosos (Lyons, et al. 1994; O’Mahony et al., 1998).

No presente estudo, além do SF-36 (v2), utilizou-se uma entrevista semiestruturada, encontrando-se semelhanças e incongruências na informação obtida através de ambos os métodos. Relativamente às semelhanças, os idosos reportaram dificuldades (e.g. a nível físico, emocional e social) de modo genérico, no SF-36 (v2). Na entrevista, tiveram oportunidade para explicar e contextualizar essa informação, através de exemplos e referências à sua vivência subjetiva. Deste modo, a entrevista semiestruturada permitiu aprofundar o conhecimento sobre as experiências e perspetivas individuais dos idosos, obtendo-se uma pormenorização da informação sobre o contexto pessoal e social dos participantes (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). A entrevista

semiestruturada demonstrou aplicabilidade também noutros estudos, que se focavam na vivência subjetiva de idosos (Hill et al., 1996; Ing et al., 2015). A realização da entrevista requer o estabelecimento da relação entre o investigador e o participante, enfatizando-se o respeito, a confiança e a promoção de um ambiente em que o participante se sinta seguro para abordar as suas vivências e perspetivas subjetivas (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Estes aspetos tornam-se particularmente relevantes na entrevista à população idosa, que poderá apresentar menor familiaridade com o contexto de investigação e, consequentemente, ansiedade relativamente à interação com o investigador e incerteza quanto à relevância dos seus contributos para a investigação (Minocha et al., 2013). Na entrevista à população idosa, evidencia-se o *storytelling*, ou seja, a descrição de histórias que ilustram a sua vivência subjetiva, nas diferentes etapas da sua vida (Minocha et al., 2013; Robertson & Hale, 2011). No presente estudo, verificou-se que o estabelecimento da relação e a oportunidade para os idosos contarem histórias pessoais que ilustravam as suas crenças e emoções, aumentaram a diversidade e riqueza da informação obtida (Robertson & Hale, 2001). Deste modo, foi possível detalhar e contextualizar a informação genérica que foi obtida através do SF-36 (v2), considerando as idiossincrasias do contexto pessoal, familiar e social de cada idoso. Assim, a entrevista permitiu que os idosos exemplificassem aspetos que apenas eram referidos de modo sintético, no instrumento de autorrelato (e.g. explicação sobre as causas e recursos utilizados para lidar com os problemas emocionais). Adicionalmente, a entrevista possibilitou a detecção de incongruências, relativamente ao que foi referido no SF-36 (v2). Consoante cada caso específico, colocaram-se hipóteses sobre as incongruências identificadas, permitindo explorar a forma como os idosos abordavam o seu funcionamento físico, emocional e social (e.g. possível tentativa de transmitir uma imagem mais favorável sobre o estado de saúde, negação das dificuldades).

Tendo em conta o funcionamento holístico dos idosos nas referidas dimensões, retiraram-se conclusões sobre o modo como vivem o envelhecimento, a institucionalização e a doença, que serão apresentadas no capítulo seguinte.

Capítulo 5. Conclusão

5.1. Principais conclusões

O principal propósito da presente investigação foi o de compreender as significações e a vivência subjetiva dos idosos institucionalizados, relativamente ao processo de envelhecimento e de institucionalização. O estudo focou-se na percepção que os idosos têm acerca da sua QdV e QdVRS, incluindo as dimensões física, psicológica e social, e a influência do contexto em que os idosos estavam inseridos (e.g. instituição).

Conclui-se que os participantes têm uma visão negativa do envelhecimento, destacando-se as perdas a nível físico e emocional, e ausência de ganhos. A vivência da doença é uma categoria relevante, que surgiu no presente estudo. Com efeito, o AVC tem um impacto significativo na percepção negativa que os idosos têm sobre a sua QdV e QdVRS, enfatizando-se as limitações físicas e o impacto negativo da doença no estado emocional dos idosos. A forma como os idosos lidam com as implicações da doença influenciará a forma como pensam e vivem o envelhecimento e a institucionalização: existindo a manutenção de emocionalidade negativa associada à doença, existirá uma percepção mais negativa sobre o envelhecimento e a institucionalização, tal como se demonstrou no presente estudo. Assim, o confronto adaptativo com a doença apresenta-se como um aspeto essencial na promoção da QdV e QdVRS dos idosos.

Relativamente à institucionalização, verifica-se que a estadia na instituição tem um impacto negativo no estado emocional dos idosos que apresentam mais queixas sobre a prestação de cuidados e/ou as condições da instituição. Por outro lado, a satisfação com as condições da instituição e/ou a prestação de cuidados (e.g. características emocionais no ato de cuidar, tais como o carinho, a atenção e o zelo) associa-se a uma percepção mais positiva sobre a vivência na instituição. Deste modo, conclui-se que a promoção de um contexto emocional positivo no ato de cuidar fomenta a satisfação dos idosos com a prestação de cuidados, facilitando a sua adaptação à vivência na instituição.

No que se refere ao contexto familiar e social, constata-se que a percepção de falta de apoio familiar impacta negativamente no estado emocional dos idosos. No entanto, a influência da falta de apoio na adaptação dos idosos à instituição não é tão significativa, devido à valorização do apoio de outros elementos da família. Deste modo, conclui-se que a existência de relações consideradas apoiantes é um fator de

proteção, na vivência do envelhecimento e da institucionalização. Por um lado, permite compensar as dificuldades sentidas com outros elementos da esfera relacional dos idosos; por outro lado, a percepção de apoio e o estabelecimento de relações sociais satisfatórias potenciam a vivência de estados emocionais positivos (e.g. alegria, percepção de segurança) e a integração do idoso no contexto em que se insere. Por conseguinte, o investimento na expansão da rede de apoio social dos idosos será um fator promotor da sua QdV.

No que se refere ao SF-36 (v2), visou-se a avaliação da percepção de QdVRS dos idosos institucionalizados, comparando-se os resultados com a informação obtida na entrevista. Atendendo às (in) congruências encontradas nos resultados do SF-36 (v2) e da entrevista, destaca-se a importância de aplicar o SF-36 (v2) de modo menos estandardizado, à população idosa. Com efeito, conclui-se que existem três aspetos que potenciam a riqueza da informação obtida e a compreensão sobre a experiência subjetiva dos idosos: a clarificação de dúvidas por parte do investigador, a adaptação e formulação das questões de acordo com a realidade dos idosos e a oportunidade para os idosos fornecerem explicações adicionais na resposta aos itens. Adicionalmente constata-se que a entrevista semiestruturada demonstrou aplicabilidade no presente estudo, permitindo que os idosos expressassem as suas crenças, emoções e vivências, o que aumentou a compreensão sobre a forma como constroem ativamente a sua realidade.

Perante o que foi apresentado, defende-se a utilização complementar do SF-36 (v2) e da entrevista semiestruturada, na avaliação da percepção de QdV e QdVRS de idosos. O instrumento de autorrelato possibilita a identificação genérica dos aspetos que influenciam a percepção dos indivíduos sobre o seu estado de saúde (e.g. limitações físicas, problemas emocionais, funcionamento social). A entrevista permite a clarificação, exploração e contextualização da informação obtida no questionário. Assim, ao utilizar ambos os métodos, é possível aumentar o poder descritivo e explicativo dos resultados, através da integração de informação mais global e específica, que emerge dos relatos subjetivos dos idosos.

5.2. Limitações do presente estudo

A limitação que mais se destaca no presente estudo é a reduzida dimensão da amostra. Visto que se trata de um estudo exploratório, em que participaram 6 idosos,

não é possível generalizar os resultados para a população de idosos em Portugal. Complementarmente, verifica-se que a amostra apresenta um elevado grau de especificidade, visto que todos os idosos apresentam um baixo nível de escolarização, sofreram AVC's e encontram-se numa instituição inserida no meio urbano. Assim, existem limitações quanto à replicação do estudo, a situações em que os idosos tenham um nível mais elevado de escolarização, apresentem outro tipo de doenças e/ou estejam institucionalizados num meio rural.

5.3. Sugestões para investigações futuras

Considerando os resultados obtidos no presente estudo, salienta-se o impacto significativo das implicações da doença, tanto ao nível da vivência do envelhecimento, como da institucionalização. No entanto, esta investigação focou-se apenas na experiência subjetiva de idosos que sofreram AVC's, que corresponde a uma doença aguda com limitações a longo prazo, nas vertentes física, emocional e social. Em investigações futuras será importante considerar o impacto que outras doenças (e.g. crónicas) têm na perceção de QdV e QdVRS dos idosos. Deste modo, será possível identificar especificidades inerentes à vivência de cada doença, e de que forma é que são experienciadas pelos idosos. Concretamente no caso dos idosos institucionalizados, será relevante compreender qual é o impacto de outras doenças, além do AVC, na adaptação à instituição. Poderão identificar-se as necessidades dos idosos, consoante as limitações decorrentes da doença que apresentam. Assim, será possível identificar as características dos cuidados institucionais que melhor satisfazem as necessidades dos idosos, de acordo com a sua condição específica.

Por outro lado, verifica-se que a perceção que os idosos têm sobre a prestação de cuidados na instituição influencia o seu estado emocional e a satisfação com a estadia na instituição. Por conseguinte, será importante aprofundar o conhecimento sobre a prestação de cuidados no meio institucional, e respetivo impacto na QdV dos idosos. Para tal, em investigações futuras, sugere-se a recolha de informação sobre os relatos subjetivos dos profissionais da instituição, que prestam cuidados aos idosos. Desta forma, será possível compreender se existe (in)congruência entre a forma como os idosos e os cuidadores percebem a prestação de cuidados. Este aspeto contribuirá para entender de modo mais preciso a dialética que se estabelece entre o cuidador e o alvo de cuidados, identificando formas de aumentar a adequação dos cuidados (e.g. assistenciais) às necessidades específicas dos idosos.

5.4. Aplicações práticas do presente estudo

Os resultados obtidos permitem sinalizar o impacto negativo que a vivência da doença tem na forma como os idosos consideram o seu processo de envelhecimento e a sua adaptação à institucionalização. Desta forma, defende-se a necessidade de implementar uma intervenção psicológica no contexto institucional, que vise a promoção do confronto adaptativo com a doença. Com efeito, será importante que exista uma avaliação psicológica precoce, aquando da entrada dos idosos na instituição. Assim, será possível identificar as dificuldades, necessidades e recursos específicos de cada idoso, tanto a nível interno (e.g. estratégias de confronto), como a nível externo (e.g. rede de apoio social).

Salienta-se também a importância da psicoeducação sobre a doença, adequada ao nível de compreensão de cada idoso, visando a clarificação de dúvidas e o aumento do conhecimento dos idosos relativamente à sua condição e formas de lidar com a mesma. Neste âmbito, destacam-se estratégias de intervenção psicológica direcionadas para a aceitação da doença e confronto com as respetivas implicações (e.g. reestruturação cognitiva, treino de resolução de problemas). O objetivo será promover a utilização de um pensamento mais relativo e flexível, diminuindo as reações emocionais desadaptativas e promovendo o *empowerment* dos idosos no confronto com a doença. Tendo em conta a idiosincrasia associada à experiência humana (e especificamente, na vivência da doença), a intervenção deverá partir dos recursos internos utilizados espontaneamente pelos idosos, potenciando-os e possibilitando o aumento do seu repertório de recursos adaptativos no confronto com a doença.

No entanto, a intervenção psicológica não deverá cingir-se ao nível individual. Tendo em conta o efeito positivo da perceção de apoio social no bem-estar emocional dos idosos, defende-se que o estabelecimento de relações positivas com os utentes da instituição será uma forma de promover o aumento da rede de apoio social dos idosos. Sugere-se assim a implementação de atividades que fomentem a interação entre os utentes da instituição, que poderão ser realizadas através do trabalho colaborativo entre a equipa multidisciplinar que presta cuidados aos idosos (e.g. psicólogos, animadores socioculturais). Por exemplo, as atividades baseadas no *storytelling* possibilitariam a partilha de vivências, crenças e emoções, incentivando a interação social com os outros utentes, a expressão emocional, e a valorização das perspetivas subjetivas dos idosos. Assim este tipo de atividade terá potencial para ser utilizado como técnica de

intervenção psicológica, demonstrando eficácia em estudos prévios, ao nível da estimulação cognitiva (e.g. atenção e memória), diminuição da sintomatologia depressiva e aumento da criatividade e autoestima dos idosos (Bohlmeijer et al., 2005; Scott & DeBrew, 2009; Sierpina & Cole, 2004).

Enfatiza-se assim uma perspetiva de promoção da adaptação dos idosos aos desafios inerentes ao envelhecimento. Para tal, defende-se a utilização de estratégias baseadas na complementaridade entre as suas idiossincrasias e o estabelecimento de relações interpessoais apoiantes, no contexto institucional. Logo, destaca-se a importância de considerar o idoso na sua especificidade sem perder de vista o contexto em que se insere, perspetivando-o de modo holístico.

Referências Bibliográficas

- Aboim, S. (2014). Narrativas do envelhecimento: ser velho na sociedade contemporânea. *Tempo Social*, 26 (1), 207-232.
- Agich, G.J. (1990). Reassessing autonomy in long-term care. *The Hastings Center Report*, 20 (6), 12-17.
- Algilani, S., Ostlund-Lagerstrom, L., Kihlgren, A., Blomberg, K., Brummer, R.J., & Schoultz, I. (2014). Exploring the concept of optimal functionality in old age. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7 (1), 69-79.doi: 10.2147/JMDH.S55178
- Almborg, A., & Berg, S. (2009). Quality of life among swedish patients after stroke: psychometric evaluation of SF-36. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41 (1), 48-53. doi: 10.2340/16501977-0287
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 health survey (cuestionário de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clinica*, 104 (1), 771-776.
- Anderson, C., Laubscher, S., & Burns, R. (1996). Validation of the Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke*, 27 (10), 1812-1816.
- Anderson, K. A., & Dabelko-Schoeny, H. I. (2010). Civic engagement for nursing home residents: a call for social work action. *Journal of Gerontological Social Work*, 53 (1), 270-282. doi: 10.1080/01634371003648323
- Araújo, L. F., Coutinho, M. P., & Saldanha, A. A. (2005). Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *PSICO*, 36 (1), 197-204.
- Baglioni, A.J. (1989). Residential relocation and health of the elderly. In K.S. Markides & C.L. Cooper (Eds.), *Aging, stress and health* (pp.119-137). New York: John Wiley & Sons.

- Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), 611-626. doi: 10.1037/0012-1649.23.5.611
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Barbier, D. (2005). *Out of depression: medications of psychotherapy*. Bucharest: Publishing Three.
- Barriball, K.L. & While, A. (1994). Collecting data using a semi-structured interview: a discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (1), 328-335. doi: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01088.x
- Barroso, V. L. (2006). *Órfãos geriátricos: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Biggerstaff, D. (2008). Interpretative phenomenological analysis (IPA): a qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qualitative Research in Psychology*, 5 (1), 173-183. doi: 10.1080/14780880802314304
- Black, B., Rabins, P., German, P., McGuire, M., & Roca, R. (1997). Need and unmet need for mental health care among elderly public housing residents. *Gerontologist*, 37 (6), 717-728.
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: results of a pilot

project. *Aging & Mental Health*, 9 (1), 302-304. doi:
10.1080/13607860500089567

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi.

Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community: an analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice Management*, 8 (1), 68-83. doi:
10.1093/fampra/8.1.68

Bramley, N., & Eatough, V. (2005). The experience of living with Parkinson's Disease: an interpretative phenomenological analysis case study. *Psychology & Health*, 20 (1), 223–236.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (1), 77-101. doi: 10.1080/08870440412331296053

Brocki, J., & Wearden, A. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology and Health*, 21 (1), 87-108. doi: 10.1080/14768320500230185

Brossoie, N. (2009). Social gerontology. In R. Robnett, & W. Chop (Eds.), *Gerontology for the health care professional* (pp.19-52). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Bucur, V.M., Bucur, E., & Runcan, P.L. (2013). Institutionalisation of the elderly person: between adaptation and survival. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 84 (1), 944-948. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.679

Cesário, C.M., Penasso, P., & Oliveira, A.P. (2006). Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociências*, 14 (1), 6-9.

- Chirkov, V., Ryan, R.M., Kim, Y., & Kaplan, U. (2003). Differentiating autonomy from individualism and independence: a self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (1), 97-110. doi: 10.1037/0022-3514.84.1.97
- Costa, N.P., Polaro, S.H., Vahl, E.A., & Gonçalves, L.H. (2016). Storytelling: a care technology in continuing education for active ageing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (6), 1068-1075. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0390
- Dahlan, A., Ibrahim, S.A., & Masuri, M.G. (2016). Role of the physical environment and quality of life amongst older people in institutions: a mixed methodology approach. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 234 (1), 106-113. doi: 10.3390/ijerph14030282
- Demet, U., Ferhan, S., Ahmet, O., & Selcuk, M. (2008). Comparison of SF-36 and WHOQOL-100 in patients with stroke. *Neurology India*, 56 (4), 426-432. doi: 10.4103/0028-3886.44573
- Dennis, M., O'Rourke, S., Lewis, S., Sharpe, M., & Warlow, C. (2000). Emotional outcomes after stroke: factors associated with poor outcome. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 68 (1), 47-52. doi: 10.1136/jnnp.68.1.47
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B.F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40 (1), 314-321. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x
- Dowswell, G., Lawler, J., Dowswell, T., Young, J., Forster, A., & Hearn, J. (2000). Investigating recovery from stroke: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 9 (1), 507-515. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00411.x

- Emery, C. F., Frid, D. J., Engebretson, T. O., Alonzo, A. A., Fish, A., Ferketich, A. K., ... Stern, S.L (2004). Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 66 (2), 190–197. doi: 10.1097/01.psy.0000116775.98593.f4
- Fade, S. (2004). Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: a practical guide. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63 (1), 647-653. doi: 10.1079/PNS2004398
- Faller, J.W., Teston, E.F., & Marcon, S.S. (2015). A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24 (1), 128-137. doi: 10.1590/0104-07072015002170013
- Fernández, S.S., & Aviléz, A.G., & Castillo, Y.M. (2009). Funcionalid en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14 (4), 161-172.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002a). Presentación (pp. 11-21). In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Vivir con vitalidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002b). Envejecer Bien (pp. 24-61). In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Vivir con vitalidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferreira, P.L. (1998). *A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36* (Dissertação de mestrado). Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I – adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13 (1), 55-66.
- Ferreira, P.L., Ferreira, L.N., & Pereira, L.N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (2), 163-171. doi: 10.1016/j.rpsp.2012.12.007

- Fine, M., & Glendinning, C. (2005). Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of care and dependency. *Ageing & Society*, 25 (1), 601-621. doi: 10.1017/S0144686X05003600
- Fleming, K.C., Evans, J.M, Weber, D.C., & Chutka, D.S. (1995). Practical functional assessment of elderly persons: a primary-care approach. *Mayo Clinic Proceedings*, 70 (9), 890-910. doi: 10.4065/70.9.890
- Forster, A., & Young, J. (1996). Specialist nurse support for patients with stroke in the community: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 312 (1), 1642-1646.
- Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I., & Díaz, A. (2009). Old-age stereotypes related to the gerontology education: An intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2 (1), 263-273.
- Gibson, J. (2012). How cognitive behaviour therapy can alleviate older people's grief. *Mental Health Practice*, 15 (6), 12-17. doi: 10.7748/mhp2012.03.15.6.12.c8978
- Haan, R.J. (2002). Measuring quality of life after stroke using the SF-36. *Stroke*, 33 (1), 1176-1177. doi: 10.1161/01.STR.0000015223.98452.97
- Hardy, S. (2011). Depression in the elderly: a growing problem. *Practice Nursing*, 22 (9), 1-5. doi: 10.1300/J027v25n01_07
- Harris, P.B. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *International Journal of Aging and Human Development*, 67 (1), 43-61. doi: 10.2190/AG.67.1.c

- Hayes, V., Morris, J., Wolfe, C., & Morgan, M. (1995). The SF-36 health survey questionnaire: is it suitable for use with older adults?. *Age and Ageing*, 24 (2), 120-125. doi: 10.1093/ageing/24.2.120
- Hill, S., Harries, U., & Popay, J. (1996). Is the short form 36 (SF-36) suitable for routine health outcomes assessment in health care for older people? Evidence from preliminary work in community based health services in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50 (1), 94-98.
- Hoe, J., Orrell, M., & Livingston, G. (2011). Quality of life measures in old age. In M.T. Abou-Saleh, C. Katona, & A. Kumar (Eds.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3rded) (pp.183-192). New York: Wiley.
- Hopman, W. M., Towheed, T., Anastassiades, T., Tenenhouse, A., Poliquin, S., Berger, C., ... Papadimitropoulos, E. (2000). Canadian normative data for the SF-36 health survey. *Canadian Medical Association Journal*, 163 (3), 265–271. doi: 10.1186/1477-7525-10-29
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Lisboa: INE.
- Ing, M.M., Linton, K.F., Vento, M.A., & Nakagawa, K. (2015). Investigation of stroke needs (INVISION) study: stroke awareness and education. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 74 (4), 141-145.
- Juengst, E.T. (2005). Can aging be interpreted as a healthy, positive process?. In M.L. Wykle, P.J. Whitehouse, & D.L. Morris (Eds.), *Successful aging through the life span: intergenerational issues in health* (pp.3-17). New York: Springer Publishing Company.
- Kasl, S.V. (1972). Physical and mental health effects of involuntary relocation and institutionalization on the elderly: a review. *American Journal of Public Health*, 62 (3), 377-384.

- Keating, N., Fast, J., Dosman, D., & Eales, J. (2001). Services provided by informal and formal caregivers to seniors in residential continuing care. *Canadian Journal of Aging*, 20 (1), 23-46. doi: 10.1017/S0714980800012125
- Khaje-Bishak, Y., Payahoo, L., Pourghasem, B., & Jafarabadi, M.A. (2014). Assessing the quality of life in elderly people and related factors in Tabriz, Iran. *Journal of Caring Sciences*, 3 (4), 257-263. doi: 10.5681/jcs.2014.028
- Kim, O., Byeon, Y.S., Kim, J.H., Endo, E., Akahoshi, M., & Ogasawara, H. (2009). Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan. *Asian Nursing Research*, 3 (2), 63-70. doi: 10.1016/S1976-1317(09)60017-7
- Kneebone, I. I., & Lincoln, N.B. (2012). Psychological problems after stroke and their management: state of knowledge. *Neuroscience & Medicine*, 3 (1), 83-89. doi: 10.4236/nm.2012.31013
- Larkin, M., & Thompson, A. (2012). Interpretative phenomenological analysis in mental health and psychotherapy research. In D. Harper & A. Thompson (Eds.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners* (pp.99-116). Oxford: John Wiley & Sons.
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (1), 102-120. doi: 10.1191/1478088706qp062oa
- Lawton, M. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe, & D.E. Deutchman (Eds.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly* (pp.3-27). San Diego: Academic Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). The concept of coping. In R. Lazarus & S. Folkman (Eds.), *Stress, appraisal and coping* (pp.117-141). New York: Springer Publishing Company.

- Lin, J.H., Huang, M.W., Wang, D.W., Chen, Y.M., Lin, C.S., Tang, Y.J., ... Lane, H.Y. (2014). Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. *BMC Geriatrics*, 14 (77), 1-7. doi: 10.1186/1471-2318-14-77
- Lisse, J., Espinoza, L., Zhao, S.D., Dedhiya, S.D., & Osterhaus, J.T. (2001). Functional status and health-related quality of life of elderly osteoarthritic patients treated with celecoxib. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A (3), 167-175. doi: 10.1093/gerona/56.3.M167
- Litwin, M.S. (2007). Health-related quality of life. In D.F. Penson, & J.T. Wei (Eds.), *Clinical research methods for surgeons* (pp.237-251). Totowa: Humana Press Inc.
- Lobo, A., & Pereira, A. (2007). Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. *Referência: Revista de Enfermagem*, 2 (4), 61-105.
- Lobo, A., Santos, P., Carvalho, J., & Mota, J. (2008). Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in Portuguese institutionalized elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 8 (4), 284-290. doi: 10.1111/j.1447-0594.2008.00478.x
- Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., McCurry, S.M., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64 (1), 510-519.
- Lopes, M., Afonso, R.M., Cerqueira, M., & Pereira, H. (2012). Images of aging in institutionalized and non-institutionalized elderly people. *Psychology, Community & Health*, 1 (2), 189-200. doi: 10.5964/pch.v1i2.30

- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H., Brahler, E., & Riedel-Heller, S.G. (2009). Prediction of institutionalization in the elderly: a systematic review. *Age and Ageing*, 39 (1), 31-38. doi: 10.1093/ageing/afp202
- Lyons, R.A., Perry, H.M., & Littlepage, B.N. (1994). Evidence for the validity of the Short-form 36 Questionnaire (SF-36) in an elderly population. *Age and Ageing*, 23 (3), 182-184.
- Marini, B. (1999). Institutionalized older adults' perceptions of nurse caring behaviors: a pilot study. *Journal of Gerontological Nursing*, 25 (5), 10-16.
- Michie, S., Hendy, J., Smith, J. A., & Adshead, F. (2004). Evidence into practice: a theory based study of achieving national health targets in primary care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10 (1), 447-456. doi: 10.1111/j.1365-2753.2004.00520.x
- Minocha, S., Hartnett, E., Dunn, K., Evans, S., Heap, T., Middup, C.P., Murphy, B., Roberts, D. (2013). Conducting empirical research with older people. *ACM CHI'13: The ACM SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. Paris, França.
- Mitty, E. (2010). Storytelling. *Geriatric Nursing*, 31 (1), 58-62. doi: 10.1016/j.gerinurse.2009.11.005
- Morgan, L.A., & Kunkel, S.R. (2011). Aging and society. In L.A. Morgan, & S.R. Kunkel (Eds.), *Aging, society and the life course* (4thed), (pp.1-20). New York: Springer Publishing Company.
- Morrow-Howell, N., Tang, F., Kim, J., Lee, M., & Sherraden, M. (2005). Maximizing the productive engagement of older adults. In M. Wykle, P. Whitehouse, & D. Morris (Eds.), *Successful aging through the life span: intergenerational issues in health* (pp. 19-54). New York: Springer Publishing Company.

- Neto, M.J., & Corte-Real, J. (2013). A pessoa idosa institucionalizada: depressão e suporte social. *Journal of Aging and Innovation*, 2 (3), 1-16.
- Noro, A., & Aro, S. (1996). Health-related quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population. *Quality of Life Research*, 5 (1), 355-366. doi: 10.1007/BF00433920
- Nunes, S., Pereira, C., & Silva, M.G. (2005). Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. *iFisionline*, 1 (3), 3-20.
- O'Mahony, P.G., Rodgers, H., Thomson, R.G., Dobson, R., & James, O.F. (1998). Is the SF-36 suitable for assessing health status of older stroke patients?. *Age and Ageing*, 27 (1), 19-22. doi: 10.1093/ageing/27.1.19
- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science & Medicine*, 63 (1), 2367-2380. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.06.017
- Patel, M.D., Tilling, K., Lawrence, E., Rudd, A.G., Wolfe, C.D., & McKevitt, C. (2006). Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age and Ageing*, 35 (1), 273-279. doi: 10.1093/ageing/afj074
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-362.

- Post, M.W. (2014). Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20 (3), 167-180. doi: 10.1310/sci2003-167
- Rabins, P.V., Black, B., German, P., Roca, R., McGuire, M., Brant, L., & Cook, J. (1996). The prevalence of psychiatric disorders in elderly residents of public housing. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 51 (6), 319-324. doi: 10.1093/gerona/51A.6.M319
- Rangel, E.S., Belasco, A.G., & Diccini, S. (2013). Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (2), 205-212. doi: 10.1590/S0103-21002013000200016
- Reynolds, F., & Prior, S. (2003). Sticking jewels in your life: exploring women's strategies for negotiating an acceptable quality of life with multiple sclerosis. *Qualitative Health Research*, 13 (1), 1225–1251. doi: 10.1177/1049732303257108
- Robertson, L., & Hale, B. (2011). Interviewing older people: relationships in qualitative research. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 9 (3), 1-8.
- Rosa, M.J. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, 28 (122), 679-689.
- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1999). The structure of successful aging. In J.W. Rowe, & R.L. Kahn (Eds.), *Successful aging* (pp.36-52). New York: Dell Publishing.
- Runcan, P.L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33 (1), 109-113. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.01.093
- Ryff, C.D., Friedman, E.M., Morozink, J.A., & Tsenkova, V. (2012). Psychological resilience in adulthood and later life: implications for health. In B. Hayslip, & G. Smith (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics: emerging perspectives on resilience in adulthood and later life* (pp.73-92). New York: Springer Publishing Company.

- Scott, K., & DeBrew, J.K. (2009). Helping older adults find meaning and purpose through storytelling. *Journal of Gerontological Nursing*, 35 (12), 38-43. doi: 10.3928/00989134-20091103-03
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.
- Severo, M., Santos, A.C., Lopes, C., & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19 (1), 281-288.
- Shaw, B.A., Krause, N., Liang, J., & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social life throughout late life. *Journal of Gerontology*, 62 (2), 90-99. doi: 10.1093/geronb/62.2.S90
- Shinebourne, P. (2011). Interpretative Phenomenological Analysis. In N. Frost (Ed.), *Qualitative Research Methods in Psychology: combining core approaches* (pp.44-64). Maidenhead, UK: Open University Press.
- Sierpina, M., & Cole, T.R. (2004). Stimulating creativity in all elders: A continuum of interventions. *Care Management Journals*, 5 (1), 175-182. doi: 10.1891/cmaj.2004.5.3.175
- Silva, M.E. (2005). Saúde mental e idade avançada: uma perspetiva abrangente. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sivertsen, H., Bjorklof, G.H., Engedal, K., Selbaek, G., & Helvi, A. (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40 (1), 311-339. doi: 10.1159/000437299

- Smith, J.A., & Osborn, M. (2007). Pain as an assault on the self: an interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychology & Health*, 22 (5), 517-534. doi: 10.1080/14768320600941756
- Spar, J.E., & La Rue, A. (2005). *Guia prático climepsi de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Spiers, N., Jagger, C., Clarke, M., & Arthur, A. (2003). Are gender differences in the relationship between self-rated health and mortality enduring? Results from three birth cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. *Gerontologist*, 43 (3), 406–411. doi: 10.1093/geront/43.3.406
- Srinivasan, P., Patel, D., Amreen, S., Shahare, K., Shendre, S., Varghese, V., & Sembian, N. (2015). Elderly: depression and quality of life. *International Journal of Applied Research*, 1 (13), 538-540.
- Stein, S., Linn, M.W., & Stein, E.M. (1985). Patients' anticipation of stress in nursing home care. *Gerontologist*, 25 (1), 88-94. doi: 10.1093/geront/25.1.88
- Stinson, C.K. (2009). Structured group reminiscence: an intervention for older adults. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40 (11), 521-528. doi: 10.3928/00220124-20091023-10
- Sturm, J.W., Donnan, G.A., Dewey, H.M. Macdonell, R.A., Gilligan, A.K., Srikanth, V., & Thrift, A.G. (2004). Quality of life after stroke: The North East Melbourne stroke incidence study (NEMESIS). *Stroke*, 35 (1), 2340-2345. doi: 10.1161/01.STR.0000141977.18520.3b

- Tobin, S.S. (1989). The effects of institutionalization. In K.S. Markides & C.L. Cooper (Eds.), *Aging, stress and health* (pp.139-163). New York: John Wiley & Sons.
- Tornbom, K., Persson, H. C., Lundalv, J., & Sunnerhagen, K.S. (2017). Self-assessed physical, cognitive and emotional impact of stroke at 1 month: the importance of stroke severity and participation. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26 (1), 57-63. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.08.029
- Triantafyllou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T.,... Vlantoni, D. (2010). *Informal care in the long-term care system: European Overview Paper*. Disponível em: http://www.euro.centre.org/data/1278594816_84909.pdf
- Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N.J. (2003). Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept. *The Scientific World Journal*, 3 (1), 1030-1040. doi: 10.1100/tsw.2003.82
- Verbrugge, L.M. (1982). Sex differentials in health. *Public Health Reports*, 97 (1), 417–437.
- Wahl, H.W. (1991). Dependence in the elderly from an interactional point of view: verbal and observational data. *Psychology and Aging*, 6 (2), 238-246. doi: 10.1037/0882-7974.6.2.238
- Ware, J.E. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, 40 (1), 473-480. doi: 10.1016/0021-9681(87)90003-8
- Ware, J.E., Snow, K.K, Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center – The Health Institute.
- Wijnhoven, H. A., Kriegsman, D. M., Snoek, F. J., Hesselink, A. E., & Haan, M. (2003). Gender differences in health-related quality of life among asthma patients. *Journal of Asthma*, 40 (2), 189–199. doi: 10.1081/JAS-120017990

- Wilson, B., & Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 273 (1), 59-65. doi: 10.1001/jama.273.1.59
- World Health Organization (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Genève: WHO.
- World Health Organization (2002). *Definition of an older or elderly person: proposed working definition of an older person in Africa for the MDS project*. Genève: WHO.
- World Health Organization (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. (A. Leitão, Trad.). Lisboa: Organização Mundial de Saúde/Direção Geral de Saúde.
- World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. Genève: WHO.

ANEXOS

Anexo A – Protocolo de consentimento informado para o idoso



Protocolo de consentimento informado do idoso/doente

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de _____ (Estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:

1. Avaliar a perceção do idoso sobre a sua qualidade de vida.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica.
2. Responder a um questionário sobre a minha qualidade de vida e a minha capacidade de realização de atividades diárias.
3. Participar numa pequena entrevista (cerca de 1h) abordando aspetos relacionados com a condição de ser alvo de cuidados

Outras observações:

- Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo eu desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

- Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu o autorize por escrito.
- Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação em Psicologia Clínica na área da qualidade de vida do idoso/doente, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.
- Compreendo que tenho a possibilidade de receber informação sobre os resultados do estudo, que serão apresentados de forma global e em linguagem não técnica, preservando a confidencialidade da informação recolhida.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Se tiver alguma dúvida e/ou pretender receber informação sobre os resultados globais do estudo, por favor contacte para:

Sílvia Lourenço:
silvia.mariaa11@gmail.com

Fernando Fradique:
fhradique@psicologia.ulisboa.pt

Anexo B – Questionário sociodemográfico do idoso

CÓDIGO _____

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO – DEMOGRÁFICA

(Idoso/ Doente Crónico)

Identificação

Sexo: M___ F___ Ano de nascimento: _____ Idade: ____

Estado Civil: Solteiro(a)___ Casado(a)___ União de facto___ Separado(a)___
Divorciado(a)___ Viúvo (a)___

Escolaridade: _____

Naturalidade: _____

Saúde Física e Mental

Autonomia e Orientação

Visão: Vê bem___ Vê bem c/óculos___ Vê mal mesmo com óculos ___ Não
vê bem___

Audição: Ouve bem___ Ouve bem c/aparelho___ Ouve mal mesmo c/aparelho___
Ouve
mal___

Doenças

Tem alguma doença diagnosticada? Não___ Sim___

Qual(ais): _____

Faz algum tratamento regular (e.g. fisioterapia)? Não___ Sim ___

Qual(ais): _____

Toma remédios regularmente? Não___ Sim___

Qual(ais): _____

Doenças Psiquiátricas

Já foi a alguma consulta de Psiquiatria/Neurologia? Não___ Sim___

Tem alguma doença psiquiátrica/neurológica diagnosticada: Não___ Sim___

Qual: _____

Tem sido acompanhado(a) pelo médico regularmente? Não___ Sim ___

Desde que idade é que tem sido acompanhado(a) regularmente pelo médico? _____

No último ano, quantas vezes consultou o médico? (considerar todas as especialidades)

Situação face à vida ativa

Atualmente, encontra-se:

Na vida ativa: Sim___ Não___ Profissão:_____

Reformado(a):___ Motivo: _____

Com que idade deixou de ser trabalhador ativo(a)?_____

Agregado familiar

Vive: Só ___ Acompanhado (a)___

Vive com: _____

Vive em: Casa (própria/alugada)___ Instituição___ Casa de familiares/amigos___ Se tivesse

possibilidade, mudaria de casa? Não___ Sim___

Se sim, por razões de: Segurança___ Conforto___ Degradação da habitação___

Outra razão ___ Qual: _____

O rendimento atual:

Permite viver confortavelmente ___ Dá para viver___ Viver com o rendimento atual é difícil___ É muito difícil ___

Acontecimentos de vida críticos

No último ano, viveu algum destes acontecimentos:

Morte de familiar ___ Amigo ___

Separação/divórcio do próprio ___ Filhos ou netos ___

Casamento do próprio ___ Filhos ou netos ___

Saída de filhos de casa ___

Mudança de residência ___

Nascimento de netos ___

Doença grave do próprio ___

Acidente (vição/ doméstico/profissional ___

Desemprego ___

Outro acontecimento significativo positivo ou negativo)

Religião

Tem crenças religiosas? Não___ Sim___

Tem práticas religiosas? Não___ Sim___

Se sim, Públicas (ex: missa)___ Privadas (ex: terço)___

Ocupação de tempos livres

Fora de casa – no último ano:

Fez exercício regular: ___ Fez viagens/turismo sénior ___

Foi a espetáculos (teatro/cinema) ___

Frequentou Associações/Clubes para a terceira idade___

Frequentou centro de convívio ___ Ou Centro de dia ___

Em casa – no último ano:

Viu TV ___ Ouviu rádio ___ Leu Jornais/Revistas ___ Leu livros ___

Ouviu música ___ Fez Trabalhos manuais ___ Cuidou de netos ___

Tarefas domésticas ___

Outra ocupação _____

Caracterização Psico-Social

Com que frequência costuma sair de casa?

Todos os dias___ Algumas vezes por semana ___

Algumas vezes por mês ___ Raramente___ Nunca___

Mantém relações de convívio com amigos ou vizinhos? Sim, regularmente ___

Raramente___ Não___

Anexo C - Questionário de percepção sobre o estado de saúde (SF-36 v2)

O Questionário de percepção sobre o estado de saúde, SF-36 (v2) não pode ser reproduzido por se encontrar protegido por direitos de autor.

Anexo D – Guião de entrevista semiestruturada, para avaliação da percepção da qualidade de vida de idosos institucionalizados

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Perguntas Tipo
Conceção de envelhecimento	<p>Compreender o significado de envelhecimento para o idoso</p> <p>Explorar a vivência da condição de idoso.</p> <p>Entender a percepção do idoso sobre as mudanças verificadas durante o processo de envelhecimento</p>	<p>“O que é para si, o envelhecimento?”</p> <p>“O que é para si, ser idoso?”</p> <p>“Quais as mudanças que tem vivido ao longo deste processo?”</p>
Conceção do ato de cuidar	<p>Compreender o significado do ato de cuidar para o idoso.</p> <p>Explorar a vivência do processo de prestação de cuidados (e.g. ser alvo de cuidados e/ou cuidador)</p> <p>Perceber o impacto do ato de ser alvo de cuidados e/ou cuidar de alguém, na vida pessoal do idoso.</p>	<p>“O que é cuidar de alguém?”</p> <p>“O que é preciso para se cuidar de alguém?”</p> <p>“Como tem sido a sua experiência, como alvo de cuidados (e também cuidador, se se aplicar)?”</p> <p>“Qual o impacto que essa situação tem na sua vida?”</p>
Necessidades	Identificar as principais necessidades físicas, emocionais e sociais do idoso e respetivo impacto na sua qualidade de vida	<p>“Quais são as suas principais necessidades actualmente?”</p> <p>“Em que medida é que estas influenciam a sua vida?”</p>
Satisfação	Compreender a satisfação do idoso com a vida em geral, saúde, relações sociais, (e respetivo impacto na sua qualidade de vida)	“Quão satisfeito está com a sua vida em geral?” (e especificar também para as áreas da saúde e relações sociais)
Dificuldades	Perceber quais são as dificuldades atuais do idoso e qual o impacto destas no seu funcionamento (e.g. físico, emocional, social)	<p>“O que é mais difícil para si actualmente?”</p> <p>“Como é que essas dificuldades afetam a sua vida? (especificar para as várias dimensões: física, emocional, social)</p>
Desejos	Compreender a percepção do idoso sobre o que poderia ser feito para ultrapassar as suas dificuldades (e.g. recursos internos e externos)	<p>“O que acha que poderia fazer/ser feito para lidar com as suas dificuldades?”</p> <p>“Se tivesse um desejo, o que pediria?”</p>

Anexo E – Transcrições das entrevistas semiestruturadas

<p>ID1 Vamos começar por abordar o que significa para si o envelhecimento. O que é para si envelhecer? Envelhecer...envelhecer é perder tudo!</p> <p>Quando fala em perder tudo, o que é que considera que perde? Perde-se vitalidade, perde-se tudo...até se perde a razão de viver muitas vezes.</p> <p>Considerando o que disse, como é que tem sido para si esse processo, ou seja, como é que tem sido envelhecer, de acordo com a sua experiência? Tem sido um processo difícil, só dei por ele quando tive o AVC... até lá não sentia nada.</p> <p>Sentia-se com energia, vitalidade? Sim, tinha muita energia. Já tinha 75 anos, estava quase a fazer 76 e fazia 10 horas de trabalho por dia, todos os dias...todos os dias. Ao sábado até às 13h, e por vezes também tinha de ver clientes e dar orçamentos ao sábado e ao domingo de manhã. Ia ao supermercado fazer as compras, arrumava as coisas em casa. Depois do AVC é que comecei a ver que não ia ficar bem e não queria acreditar. Agora é que já me sinto bem e percebo que não consigo fazer certas coisas</p> <p>Pelo que conta, sentiu uma mudança brusca na sua vida, após o AVC. Quais foram as perdas que viveu a partir desse momento? Foram perdas nas capacidades, na força...A minha mão nunca mais vai ser como era, percebi que nunca mais vou fazer as coisas que fazia antes. Andar, eu ando felizmente. Mas não tenho a mesma força na mão, por exemplo não consigo segurar o telemóvel durante um minuto, vai logo parar ao chão sem eu dar por isso. Se eu agarro qualquer coisa com a mão, ando à procura dela, passado um bocadinho. Não vale a pena a gente estar com ideias, porque isso foi-se.</p>	<p>Perceção de perda global decorrente do envelhecimento (ID1, 1)</p> <p>Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes do envelhecimento (ID1, 2)</p> <p>Perceção de perda global decorrente do envelhecimento (ID1, 3)</p> <p>Perceção de perda da razão de viver decorrente do envelhecimento (ID1, 4)</p> <p>Perceção de dificuldade na vivência do envelhecimento (ID1, 5)</p> <p>Doença como desencadeadora da perceção do envelhecimento (ID1, 6)</p> <p>Energia elevada antes da doença (ID1, 7)</p> <p>Valorização da atividade profissional antes da doença (ID1, 8)</p> <p>Desempenho das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) antes da doença (ID1, 9)</p> <p>Doença como desencadeadora da perceção de debilidade física (ID1, 10); Dificuldade de aceitação inicial das limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 11)</p> <p>Consciencialização sobre as limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 12)</p> <p>Perceção sobre as limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 13)</p> <p>Consciencialização sobre as limitações físicas decorrentes do AVC (ID1, 14)</p> <p>Valorização da capacidade de andar atualmente (ID1, 15)</p> <p>Consciencialização sobre as limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 16)</p>
--	---

<p>Está a falar-me de perdas que aconteceram principalmente a nível físico. Relativamente às suas emoções, como é que tem sido este processo? É mau, isso é terrível...Com tristeza.</p> <p>Sente que é um processo que implica muitas perdas... Sim, implica muita coisa e não dá sequer para explicar. Só sabe quando se sente e se vive a situação.</p> <p>Portanto, é algo muito pessoal. Estivemos a falar da componente mais negativa associada ao envelhecimento. Consegue ver alguma parte positiva neste processo? Não, nenhuma. Não há dinheiro que nos faça andar alegres. Falta muita coisa.</p> <p>Para si, existe um foco no que se perde durante o envelhecimento. Como é que se tem sentido ultimamente? Tenho sentido a recuperação, e nesse aspeto sinto-me bem. Gostei muito da fisioterapia e das instalações da instituição. Mas odiei o comportamento dos empregados da instituição, porque não há respeito por ninguém. Por exemplo, estamos a dormir e fazem barulho durante toda a noite, se tiverem de o fazer.</p> <p>Está a falar da relação com os profissionais da instituição, que não correu bem, segundo a sua experiência. Não correu nada bem. Acho que devia haver mais respeito pelos utentes. É isso e a disciplina que têm aqui. Por que razão é que não hão-de deixar sair uma pessoa sair daqui, nem que seja uma hora ou duas? Apanhar um bocadinho de ar lá fora, conversar com alguém. A mim já não me faz diferença porque vou sair daqui ...vou para casa. Mas não me esqueço. E acho que não deviam ter as pessoas que são 100% sãs e lúcidas com as pessoas que têm aquelas doenças todas que nos perturbam...Não digo separação, porque não se deve fazer isso. Mas podiam estar numa ala; por exemplo, iam para o refeitório e comiam ao meio dia, e os outros comem ao 12h30 ou vice versa.</p> <p>Refere-se às pessoas que têm alguns problemas de orientação, no tempo, no espaço? Sim, doenças que nos perturbam.</p> <p>Considera que o facto de não existir essa divisão afetou negativamente a sua vivência na instituição? Sim, muito, muito, muito.</p>	<p>Tristeza devido às limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 17)</p> <p>Perceção negativa sobre a existência de diversas implicações do envelhecimento (ID1, 18)</p> <p>Idiosincrasia da vivência do envelhecimento (ID1, 19)</p> <p>Perceção negativa sobre o envelhecimento (ID1, 20)</p> <p>Dificuldades económicas (ID1, 21)</p> <p>Satisfação com a recuperação relativamente das limitações físicas (ID1, 22); Satisfação com a fisioterapia na instituição (ID1, 23); Satisfação com as instalações da instituição (ID1, 24)</p> <p>Insatisfação com o comportamento dos profissionais da instituição (ID1, 25)</p> <p>Perceção negativa sobre o desrespeito relativamente ao tempo de descanso dos utentes (ID1, 26)</p> <p>Necessidade de respeito dos profissionais da instituição relativamente aos utentes (ID1, 27)</p> <p>Necessidade de sair da instituição durante alguns momentos, ao longo do dia (ID1, 28)</p> <p>Necessidade de não contactar com utentes que apresentam doenças consideradas perturbadoras (ID1, 29)</p> <p>Necessidade de não contactar com utentes que apresentam doenças consideradas perturbadoras (ID1, 30)</p> <p>Necessidade de não contactar com utentes que apresentam doenças consideradas perturbadoras (ID1, 31)</p>
---	---

<p>Como é que o afetou? Psicologicamente, o facto de ver as pessoas sempre num estado alterado e acho que não devíamos estar assim com elas. A minha alegria agora é ir-me embora daqui a uns dias. Eu quero ir já embora na quarta feira de manhã para fugir daqui... fugir daqui!</p> <p>De acordo com a sua perspectiva, encontra muitos aspetos negativos na sua estadia na instituição. Foi um desastre. Foi uma sobrinha que pagou a minha estadia aqui... (choro). Se não fosse assim, não estava aqui nem sequer um mês...</p> <p>Por sua vontade não estava aqui... Não estava aqui, nem que gastasse todo o dinheiro que tinha. Simplesmente abandonava isto, não dava satisfações a ninguém. Dizia: façam isto, isto, isto, se me quiserem aqui.</p> <p>Pelo que me diz, a questão da interação com os profissionais da instituição foi difícil para si. Sim, foi muito difícil, porque eles deviam ter respeito por quem quer descansar. Eu sei que eles têm de trabalhar durante a noite, mas há formas diferentes de fazer as coisas e não há portas a bater e pessoas a falar alto... Ainda esta noite, eram 2h da manhã e ainda não estava a dormir por causa do barulho.</p> <p>É uma situação que afeta os seus hábitos de sono e a forma como se sente durante o dia. Sim, depois andamos mais enervados durante os dias.</p> <p>O que temos estado a falar relaciona-se com a questão de cuidar de alguém e ser alvo de cuidados. Neste caso, falámos sobre os cuidados que os profissionais da instituição prestam aos utentes. O que é que significa para si cuidar de alguém? Aqui, às vezes os cuidados são bons, noutras vezes não. Não se importam de fazer barulho e não respeitam quem quer descansar. Lá existe um ao outro que tem respeito e nem reparamos que estão lá, durante a noite.</p> <p>E como é que acha que os cuidados deveriam ser prestados? Respeitando-nos, deixando-nos descansar e não fazendo barulho durante a noite.</p> <p>Essa questão é importante para si. E durante o dia, como eram os cuidados? Durante o dia é o normal, é uma casa onde tem de existir barulho e isso é natural, não está em questão.</p>	<p>Necessidade de não contactar com utentes que apresentam doenças consideradas perturbadoras (ID1, 32)</p> <p>Alegria devido à saída da instituição (ID1, 33)</p> <p>Desejo de sair da instituição (ID1, 34)</p> <p>Insatisfação com a estadia na instituição (ID1, 35)</p> <p>Apoio financeiro da família (ID1, 36)</p> <p>Desejo de sair da instituição (ID1, 37)</p> <p>Desejo de impor as próprias condições na estadia na instituição (ID1, 38)</p> <p>Perceção negativa sobre o desrespeito relativamente ao tempo de descanso dos utentes (ID1, 39)</p> <p>Impacto negativo do ruído dos profissionais da instituição no sono do utente (ID1, 40)</p> <p>Impacto negativo da falta de sono no estado emocional do utente (ID1, 41)</p> <p>Perceção sobre a existência de bons e maus cuidados prestados na instituição (ID1, 42)</p> <p>Perceção negativa sobre o desrespeito relativamente ao tempo de descanso dos utentes (ID1, 43)</p> <p>Necessidade de respeito dos profissionais da instituição relativamente aos utentes (ID1, 44)</p> <p>Perceção negativa sobre o desrespeito relativamente ao tempo de descanso dos utentes (ID1, 45)</p> <p>Perceção sobre a normalidade da existência de ruído durante o dia, na instituição (ID1,46)</p>
--	--

<p>Pensando agora em termos mais gerais, tanto na instituição como noutras situações, o que é para si cuidar de outra pessoa? Sei lá, não sei exprimir bem isso... Tem de ter cuidados especiais e nem todos servem para isso (e.g. cuidar de alguém). A pessoa tem de ter muito carinho e atenção pelo próximo.</p> <p>Destaca a componente afetiva, o facto de sentir que é cuidado com carinho. Exatamente, é isso mesmo. E eu não digo que não façam isso, na parte que me tocou erraram um bocadinho mas paciência. Por exemplo, fui assistido por uma médica por causa de um problema nos ouvidos. Ela assistiu-me mas acho que não foi profissional, assistiu-me e pronto.</p> <p>Tem estado a mencionar a sua vivência na instituição, o facto de ser alvo de cuidados. Como é que avaliaria esses cuidados? Bem, não foi nem bom nem mau... foi mais ou menos.</p> <p>Vamos agora falar sobre o impacto da prestação de cuidados na sua vida. Quais foram as mudanças que sentiu devido ao facto de estar na instituição? Para mim não ocorreram nenhuma, foi tudo igual. Não tenho mais nada a apontar.</p> <p>Comparando com a sua vida antes de vir para aqui, que mudanças é que nota? Quando chegar lá fora é que eu vou ver. Vou perceber como é que vai ser a minha vida e o que vou conseguir fazer.</p> <p>Sente que o facto de ser alvo de cuidados influenciou a forma como se sentia (e.g. mais triste, preocupado)? Foi um conjunto de coisas, que me deixava mais triste. Eu não admito estar preso. Não admito que esteja a pagar e que esteja preso, sem poder sair de casa. E era isso que sentia aqui. É isso que sentimos aqui. Possivelmente ninguém vai falar assim mas eu não me importo.</p> <p>É a sua percepção, a sua experiência; é válida e é importante compreendê-la. Sim é a minha forma de ver as coisas e eu sou assim. Por exemplo, a comida era servida em quantidade, e deixou de ser. E a qualidade também piorou. Dou valor a um prato de sopa cheio e chegou a um ponto em que falei com a auxiliar e disse que era pouca quantidade.</p>	<p>Dificuldade em explicar o que é cuidar de alguém (ID1, 47)</p> <p>Perceção sobre a especificidade da prestação de cuidados (ID1, 48)</p> <p>Valorização do carinho do cuidador no ato de cuidar (ID1, 49)</p> <p>Valorização da atenção do cuidador no ato de cuidar (ID1, 50)</p> <p>Insatisfação com o comportamento dos profissionais da instituição (ID1, 51)</p> <p>Sentimento de falta de profissionalismo por parte da médica (ID1, 52)</p> <p>Satisfação “mais ou menos” com a prestação de cuidados na instituição (ID1, 53)</p> <p>Minimização das queixas sobre as dificuldades sentidas na instituição (ID1, 54)</p> <p>Perceção de incerteza relativamente à recuperação das limitações físicas (ID1, 55)</p> <p>Perceção de aprisionamento na instituição (ID1, 56)</p> <p>Insatisfação relativamente ao valor pago para estar na instituição e a percepção de aprisionamento na instituição (ID1, 57)</p> <p>Insatisfação com as mudanças na alimentação, na instituição (ID1, 58)</p> <p>Queixas aos profissionais da instituição sobre as mudanças na alimentação (ID1, 59)</p>
---	---

<p>Ela disse para eu pedir mais, se quisesse. Eu respondi que estava a pagar e não era para estar a pedir esmolas. Eu acho que respondi correctamente. Se fui bruto ou não, não sei. Foi o que me saiu naquele momento.</p> <p>Refletiu o que estava a sentir naquela situação. Sim. Uma pessoa está a pagar e tem de estar a pedir um bocadinho mais de sopa, um bocadinho mais de comida? Eu acho que no mínimo têm de dar a comida suficiente para uma pessoa.</p> <p>Considerava que estava a pagar e que tinha o direito de receber os cuidados adequados às suas necessidades. Sim, não estava a pedir lagosta nem nada do género. Pelo menos, devem dar comida em quantidade suficiente para uma pessoa não ter de ir para o quarto comer bananas ou fazer sandes. E não estava a pagar para isto. Isso não devia ser necessário. Agora já estou a acabar o tormento, porque para mim era um tormento.</p> <p>Quanto tempo é que esteve na instituição? 3 meses.</p> <p>Estivemos a falar das questões mais negativas para si, na sua estadia na instituição. Deste modo, quais são as suas principais necessidades, durante este tempo e atualmente? Eu não sei, não precisava de nada de especial. Só queria sentir-me como me sentia em minha casa.</p> <p>E como é que se sentia na sua casa? Antes, sentia-me bem, sem chorar. Aqui era constantemente, porque não me sentia bem. Devido a tudo o que temos estado a falar e essas coisas martirizam-me. Fico a pensar nisso tudo (e.g. dificuldades sentidas na instituição) e parecem martelos a bater na minha cabeça. Emagreci muito aqui e continuo a emagrecer. (silêncio)</p> <p>São assuntos difíceis para si... Sim, muito, muito, muito. Não dá para explicar... não sei.</p>	<p>Insatisfação relativamente ao valor pago para estar na instituição e a quantidade de alimentação disponibilizada (ID1, 60)</p> <p>Insatisfação relativamente ao valor pago para estar na instituição e a quantidade de alimentação disponibilizada (ID1, 61)</p> <p>Insatisfação relativamente ao valor pago para estar na instituição e a quantidade de alimentação disponibilizada (ID1, 62)</p> <p>Insatisfação com a estadia na instituição (ID1, 63)</p> <p>Duração da estadia na instituição (ID1, 64)</p> <p>Necessidade de se sentir num ambiente semelhante à própria casa (ID1, 65)</p> <p>Estado emocional positivo antes da institucionalização (ID1, 66); Episódios de choro durante a estadia na instituição (ID1, 67)</p> <p>Pensamentos rumintivos durante a estadia na instituição (ID1, 68)</p> <p>Perda de peso durante a estadia na instituição (ID1, 69)</p> <p>Dificuldade em explicar as dificuldades emocionais decorrentes da institucionalização (ID1, 70)</p>
---	---

<p>Abordámos a parte negativa para si, disse-me que se sentia preso e que chorava.</p> <p>Sim, sentia-me e sinto-me preso. Eu acabei hoje a fisioterapia. E até ir embora, ainda fico cá uns dias, sem poder ir beber um café a qualquer lado, ir ao supermercado ver as montras, conversar com alguém. Não era ir de manhã e vir à noite. Não é isso. Era poder sair um bocadinho. Sinto que estou aqui fechado e isso para mim é o pior de tudo. É como se fechassem o cão e o cão fica aí fechado.</p>	<p>Perceção de aprisionamento na instituição (ID1, 71)</p>
<p>Essa tem sido a sua principal dificuldade?</p> <p>Sim, essa é a minha principal dificuldade. Foi essa, foi essa.</p>	<p>Perceção de aprisionamento na instituição (ID1, 72)</p>
<p>Existe também a questão dos profissionais da instituição...</p> <p>Sim, e isso foi um tormento. Deviam mesmo pôr mãos nisso.</p>	<p>Insatisfação com o comportamento dos profissionais da instituição (ID1, 73)</p>
<p>O que é que fazia para lidar com essas dificuldades que referiu (e.g. sentir-se preso, interagir com os profissionais)?</p> <p>Não sei, não faço nada. Eu acho que deviam escolher o pessoal a dedo...</p>	<p>Perceção sobre a não utilização de recursos internos para lidar com as dificuldades emocionais (ID1, 74)</p> <p>Perceção sobre a necessidade de seleção criteriosa dos profissionais da instituição (ID1, 75)</p>
<p>Acha que deviam existir mais critérios na seleção dos profissionais?</p> <p>Sim, porque há trabalhos que qualquer pessoa faz mas este não. Deviam escolher melhor. Ter em conta a parte mais humana, o respeito, é importante quando se cuida de alguém.</p>	<p>Perceção sobre a necessidade de seleção criteriosa dos profissionais da instituição (ID1, 76)</p> <p>Valorização da humanização no ato de cuidar (ID1, 77)</p> <p>Valorização do respeito do cuidador no ato de cuidar (ID1, 78)</p>
<p>Relativamente aos momentos em que se sentia mais triste, mais preocupado... o que é que fazia para lidar com esses momentos?</p> <p>O que fazia? Lágrimas... (silêncio)</p>	<p>Episódios de choro durante a estadia na instituição (ID1, 79)</p>
<p>Chorava... Era a forma de expressar a sua tristeza.</p> <p>Era e é... (silêncio)</p>	<p>Episódios de choro durante a estadia na instituição (ID1, 80)</p>
<p>Como é que se sente quando chora?</p> <p>Sei lá, às vezes sentia-me aliviado, noutras vezes não. Sei que descarrego qualquer coisa. Para mim é importante.</p>	<p>Valorização da descarga emocional associada aos episódios de choro (ID1, 81)</p>
<p>Falámos sobre a sua vivência na instituição e respectivos aspetos negativos. Existem aspetos com os quais se sinta satisfeito?</p> <p>Eu sinto-me satisfeito com isto. As instalações, as condições são boas. A gente não se pode queixar. São estas pequenas coisas...</p>	<p>Satisfação com as instalações da instituição (ID1, 82)</p> <p>Minimização das queixas sobre as dificuldades sentidas na instituição (ID1, 83)</p>

<p>E como é a sua satisfação com a sua vida em geral? A minha vida... a satisfação que eu tenho é ter vontade para fazer mais alguma coisa no trabalho.</p> <p>Essa motivação é muito importante. E trabalho também já tenho... Quero sair daqui e trabalhar no meu negócio, sou estofador. Já tenho trabalhos agendados e clientes.</p> <p>Pelo que me diz, tem planos e objetivos. É uma atividade que lhe dá prazer? Sim é uma coisa que gosto. Sei que sou um bom profissional, isso eu sei que sou. Faço com gosto e os clientes voltam, voltam. Gostam do meu trabalho e isso é gratificante. Tenho orgulho no que faço e sei que faço bem feito. Sirvo bem o cliente. Estou motivado para o fazer e espero que essa maldita mão me dê alguma ajuda.</p> <p>Para isso, vai continuar com os exercícios de fisioterapia? Sim, espero que isto melhore mais um pouquinho, para conseguir fazer alguns trabalhos que me ajudem a viver. Com a minha reforma, faço os pagamentos todos e só me sobram 20 euros... (choro) Isto é uma porcaria de uma vida... (choro)</p> <p>A área económica também é difícil para si... Se eu tiver um bocadinho de saúde, a coisa resolve-se...</p> <p>Tem essa perspetiva, de se dedicar ao seu trabalho. Tenho, não faço os serviços que fazia, da mesma forma. Logicamente, uma cadeira que demorava dois dias a fazer, é capaz de demorar quatro. Mas continuo a fazer, e com empenho.</p> <p>O facto de manter essa força de vontade e dedicação são aspetos essenciais. Sim e isso eu tenho e quero continuar a minha vida.</p> <p>Falou-me sobre o AVC e as limitações na mão. Ao nível da sua saúde, quais são os aspetos mais difíceis para si? Não sinto assim nada de especial...Nunca tive doenças que me afetassem.</p>	<p>Motivação para desempenhar a atividade profissional atualmente (ID1, 84)</p> <p>Motivação para desempenhar a atividade profissional atualmente (ID1, 85)</p> <p>Valorização da atividade profissional atualmente (ID1, 86)</p> <p>Motivação para desempenhar a atividade profissional atualmente (ID1, 87)</p> <p>Esperança na recuperação das limitações físicas (ID1, 88)</p> <p>Necessidade de trabalhar para lidar com as dificuldades económicas (ID1, 89)</p> <p>Dificuldades económicas (ID1, 90)</p> <p>Tristeza devido às dificuldades económicas (ID1, 91)</p> <p>Necessidade de ter saúde para lidar com as dificuldades económicas (ID1, 92)</p> <p>Adaptação da atividade profissional às limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 93)</p> <p>Motivação para desempenhar a atividade profissional atualmente (ID1, 94)</p> <p>Vontade de viver (ID1, 95)</p> <p>Perceção sobre a ausência de patologias prévias, antes da doença (ID1, 96)</p>
--	--

<p>E como é a sua satisfação com a sua saúde atualmente? É má, sinto-me mal e frágil. O AVC deixou estas marcas (e.g. na mão) mas isso vai-se recuperar, se Deus se quiser... com mais um bocadinho de tratamento.</p> <p>Mantém essa ideia de recuperação, tanto ao nível da sua saúde, do seu trabalho e da área económica... Sim, sim! Quero fazer o que puder para recuperar.</p> <p>Neste sentido, o que é que acha que podia ser feito para ultrapassar as dificuldades que referiu? Da sua parte, e da parte das outras pessoas? Da minha parte, só pensava em ir embora daqui. Era isso que pensava.</p> <p>No que se refere às relações com as outras pessoas (e.g. além dos profissionais de saúde), como é que se sentia? As minhas relações com os profissionais não eram más, tirando as situações de que falei.</p> <p>E como é que são as relações familiares, com amigos, vizinhos? São 100% boas, só lhe posso dizer isso.</p> <p>Portanto, sente-se satisfeito com essas relações? Sinto, sim senhora.</p> <p>Como é então o seu contexto familiar e social? Para mim é bom, é o normal. Não me zango com ninguém, nem discuto com os meus vizinhos.</p> <p>E passa tempo com eles frequentemente? Não, não passo. Passei sempre o meu tempo a trabalhar. Entrava as 7h30, 8h, saía às 19h. Chegava a casa, fazia o jantar e preparava as coisas para o dia seguinte. Não havia tempo para isso. Com exceção do sábado à noite. Nesse dia ia sempre dar uma volta à noite, beber um copo ou comer um hambúrguer a algum sítio.</p> <p>E agora, quando for para casa, como é que vão ser as suas relações sociais (e.g. pessoas que o apoiem)? Mantenho contacto com os familiares. Se forem a minha casa, vejo-os. Caso contrário, não saio muito. Quer dizer, saio; não sou nenhum bicho. Mas não tenho tempo para andar a passear, se estiver a trabalhar. Não dá para fazer as duas coisas. Sair à noite, não tenho vida para isso. Também nunca fui disso, só ao sábado é que saía.</p>	<p>Doença como desencadeadora da percepção de debilidade física (ID1, 97)</p> <p>Esperança na recuperação das limitações físicas (ID1, 98); crença em Deus (ID1, 99); crença na eficácia dos tratamentos (ID1, 100)</p> <p>Motivação para a recuperação das limitações físicas (ID1, 101)</p> <p>Desejo de sair da instituição (ID1, 102)</p> <p>Percepção sobre a ausência de dificuldades na relação com os profissionais da instituição, à exceção do ruído durante a noite e a alimentação na instituição (ID1, 103)</p> <p>Satisfação com as relações sociais, no geral (ID1, 104)</p> <p>Satisfação com as relações sociais, no geral (ID1, 105)</p> <p>Percepção sobre a ausência de conflitos nas relações sociais, com os vizinhos (ID1, 106)</p> <p>Valorização da atividade profissional antes da doença (ID1, 107)</p> <p>Pouca disponibilidade para momentos de lazer antes da doença, devido ao trabalho (ID1, 108)</p> <p>Manutenção dos contactos através da iniciativa dos familiares (ID1, 109)</p>
---	---

<p>Quem são as principais pessoas do seu contexto familiar (e.g. de quem sente mais apoio)? Tenho duas irmãs e sinto o apoio delas. Também tenho sobrinhos e sinto o apoio deles. Existe um moço amigo aque mora lá em casa e que me ajudou muito. Quando estive doente, ele tratou-me lá em casa, mudava a fralda, lavava-me, dava-me de comer, apoiou-me muito. Foi um irmão a 100%.</p> <p>Tem pessoas que o apoiam, sente que pode contar com elas. Sim, sinto, sinto! Sei que posso contar com eles para me ajudarem a fazer as coisas..</p> <p>É importante para si sentir esse apoio e poder contar com ele... Sim, claro que é, é muito importante! Por exemplo, esse moço meu amigo, que tem 62 anos ajuda-me muito.</p> <p>Para finalizar, se pudesse pedir um desejo, qual seria? Viver, não faltar dinheiro para comer, não quer dizer que fosse rico, não é isso. Mas não faltar dinheiro para as minhas coisas, para o que precisasse.</p> <p>Muito obrigada por ter participado e ter partilhado connosco as suas vivências.</p> <p>ID2 A primeira pergunta que lhe vou fazer refere-se ao envelhecimento. O que é para si o envelhecimento? Epá, não sei como vou responder a isso...</p> <p>Pode pensar na sua vivência, como é que tem vivido o processo de envelhecimento? Epá, até me acontecer isto (e.g. AVC), eu fazia a minha vida normal, do trabalho para casa e de casa para o trabalho e tratava das minhas coisas.</p> <p>Portanto, foi o AVC que implicou mais mudanças na sua vida quotidiana, nas atividades que realiza no dia a dia... Sim, exatamente.</p> <p>Pensando agora no envelhecimento sem doença, como é que acha que é? Epá, era um dia de cada vez, fazia as minhas coisas no dia a dia, andava de um lado para o outro, antes do AVC.</p> <p>Nesse sentido, o que é para si ser idoso? São várias coisas... se calhar é um peso em algumas pessoas, é um empecilho...</p> <p>Está a referir-se a quem cuida dos idosos? Pois, para quem cuida.</p>	<p>Valorização do apoio familiar recebido (ID1, 110)</p> <p>Apoio social instrumental recebido para lidar com as limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 111)</p> <p>Apoio social instrumental recebido para lidar com as limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 112)</p> <p>Apoio social instrumental recebido para lidar com as limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 113)</p> <p>Desejo de estabilidade económica no futuro (ID1, 114)</p> <p>Dificuldade em explicar o que é o envelhecimento (ID2, 1)</p> <p>Valorização da atividade profissional antes da doença (ID2, 2)</p> <p>Desempenho das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) antes da doença (ID2, 3)</p> <p>Desempenho das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) antes da doença (ID2, 4)</p> <p>Perceção negativa relativamente à sobrecarga na vida dos outros devido aos cuidados ao idoso (ID2, 5)</p> <p>Perceção negativa sobre a sobrecarga na vida dos outros devido aos cuidados ao idoso (ID2, 6)</p>
--	--

<p>Considera que existe alguma parte positiva no facto de envelhecer e ser idoso? Epá, pode haver algumas e outras não.</p> <p>Quais são as partes positivas e negativas, para si? As positivas é quando um gajo pode fazer alguma coisa e não depende de outras pessoas. Vai fazendo as coisas e não precisa de ninguém. A parte negativa é quando um gajo está impossibilitado de fazer e precisa de toda a gente.</p> <p>Está a falar do facto de ser independente ou não para realizar as atividades do dia a dia. Sim, exato.</p> <p>E como é que sido para si esta fase, desde que aconteceu o AVC e está aqui? Epá, sinto um bocadinho de angústia, estar longe de casa é complicado.</p> <p>A distância de casa e da família é complicada para si... Sim, exatamente. E depois há gente que gostava que me viesse visitar e não apareceram cá...</p> <p>Trata-se de um assunto difícil para si... Sim, só uma pessoa é que me veio ver.</p> <p>Quem é essa pessoa? Foi a minha esposa.</p> <p>Tem sido um apoio importante para si? Exato, o resto é 0 (e.g. os filhos).</p> <p>Relativamente a quem cuida de si aqui na instituição, como é que se tem sentido? Uns dias são melhores, outros são mais complicados mas tem corrido normalmente.</p> <p>E o que é melhor e o que é mais complicado? Às vezes eles não sabem falar com o doente. Por exemplo, a senhora que me ajudou há bocadinho (e.g. profissional da instituição) foi a primeira a complicar-me a vida aqui. Eu costumava ajudar quando é para ir para a cadeira de rodas, mas agora não estava a conseguir, estava há muito tempo sentado no sofá. E acho que é importante a pessoa (e.g. alvo de cuidados) ajudar, para também ser mais fácil cuidarem. Pronto... e há pessoas que têm paciência para fazer as coisas e há outras que não têm paciência e isso é importante quando se cuida de alguém.</p>	<p>Reconhecimento de aspetos positivos e negativos no envelhecimento (ID2, 7)</p> <p>Valorização da independência na realização das atividades quotidianas (ID2, 8)</p> <p>Valorização da independência na realização das atividades quotidianas (ID2, 9)</p> <p>Angústia devido ao facto de estar longe de casa (ID2, 10)</p> <p>Perceção de falta de apoio familiar (ID2, 11)</p> <p>Perceção sobre a existência de visitas de uma única pessoa (ID2, 12)</p> <p>Perceção sobre a exclusividade do apoio da esposa (ID2, 13)</p> <p>Perceção de falta de apoio familiar (ID2, 14)</p> <p>Reconhecimento de dias positivos e negativos na instituição (ID2, 15)</p> <p>Perceção positiva sobre a normalização da vivência na instituição (ID2, 16)</p> <p>Insatisfação relativamente à comunicação dos profissionais da instituição com os utentes (ID2, 17)</p> <p>Valorização da colaboração do alvo de cuidados na prestação de cuidados (ID2, 18)</p> <p>Valorização da paciência do cuidador, no ato de cuidar (ID2, 19)</p>
--	--

<p>Portanto, a paciência, a compreensão sobre o que a pessoa precisa, são características importantes para si, em relação a quem cuida? Exatamente. Quando me dizem como hei-de fazer, eu compreendo. Se não explicam, depois corre mal.</p> <p>Considera que quem cuida de idosos tem de se adaptar às suas necessidades... Sim exatamente, devem fazer algum esforço para se adaptarem ao que a pessoa precisa.</p> <p>E em relação ao que tem corrido melhor aqui na instituição? Epá, a fisioterapia é excelente, a terapia da fala também, estou satisfeito.</p> <p>Como é que o facto de ser alvo de cuidados na instituição influenciou a sua vida? Epá, muda sempre alguma coisa por estar aqui. Quando uma pessoa está habituada a cuidar de si e depois tem de depender dos outros, muda sempre alguma coisa. Fisicamente muda sempre qualquer coisa. Se eu dependesse de mim, não tinha de estar à espera de ninguém para me deslocar. Assim, tenho de estar à espera de alguém que me ajude. É sempre um problema. Mudam as capacidades das pessoas.</p> <p>Como é que o facto de depender de outras pessoas o faz sentir? Epá, às vezes sinto-me angustiado.</p> <p>Faz a comparação com o que acontecia antes e atualmente... Sim, faço essa comparação.</p> <p>Quais são as suas principais necessidades atualmente? Epá, as necessidades são recuperar alguma coisa do meu corpo. Poder mexer-me para não ter de depender das outras pessoas.</p> <p>Fala da parte física... Sim, a perna. Para me poder mexer e não andar sempre à espera de alguém que me ajude.</p> <p>Gostaria de ter mais independência no seu dia a dia... Sim, é isso.</p>	<p>Necessidade de explicação sobre a forma de o alvo de cuidados colaborar na prestação de cuidados (ID2, 20)</p> <p>Valorização da adaptação dos cuidadores às necessidades da pessoa (ID2, 21)</p> <p>Satisfação com a fisioterapia na instituição (ID2, 22)</p> <p>Satisfação com a terapia da fala na instituição (ID2, 23)</p> <p>Perceção negativa sobre o aumento da dependência decorrente da institucionalização (ID2, 24)</p> <p>Valorização da independência na realização das atividades quotidianas (ID2, 25)</p> <p>Angústia devido ao aumento da dependência na realização das atividades quotidianas (ID2, 26)</p> <p>Angústia devido ao aumento da dependência na realização das atividades quotidianas (ID2, 27)</p> <p>Comparação entre a vida quotidiana antes da doença e atualmente (ID2, 28)</p> <p>Necessidade de recuperação das limitações físicas (ID2, 29)</p> <p>Desejo de diminuição da dependência na realização das atividades quotidianas (ID2, 30)</p> <p>Desejo de diminuição da dependência na realização das atividades quotidianas (ID2, 31)</p> <p>Desejo de diminuição da dependência na realização das atividades quotidianas (ID2, 32)</p>
---	--

<p>E em termos da satisfação com a sua vida em geral? Disse-me que estava satisfeito com os cuidados na instituição... Sim. E em casa estou satisfeito, mas só não estou com algumas pessoas da minha família.</p> <p>As relações familiares... Sim.</p> <p>E o que é mais difícil nessas relações? É um gajo ter feito alguma coisa por essas pessoas e agora não reconhecerem.</p> <p>Sente que não existe uma retribuição pelo que fez... Sim, quando se precisa e não estão... ninguém merece.</p> <p>E em relação à sua saúde, tinha falado na questão da recuperação. O que acha que poderia ser feito para diminuir as suas dificuldades? Se calhar, estar um bocadinho mais leve. Precisava de perder peso para me poder mexer melhor. Facilitava a mim e a quem me vai ajudar (e.g. esposa).</p> <p>Como é que acha que poderia diminuir o peso? Eu já tentei várias maneiras. Quando jogava à bola, não era nada como estou agora. Quando parei de jogar, engordei porque parei de fazer exercício. E fiquei assim. Já estou um bocadinho mais leve mas precisava de ficar ainda mais.</p> <p>E o que está a pensar fazer para atingir esse objetivo? Quando for para casa, tenho de ter cuidado com a boca (e.g. alimentação). Para depois poder mexer-me melhor. A minha esposa ajuda-me e vai continuar a ajudar-me. E ela também tem de ter cuidado com o que come, porque tem diabetes.</p> <p>Imaginando que poderia pedir um desejo, qual seria? Uma comida que não me fizesse muito mal.</p> <p>Está a falar desta questão da alimentação. E na sua vida em geral, qual é o seu maior desejo? Epá, ficar um bocadinho melhor do que estou agora.</p> <p>Na parte física? Pois. Recuperar.</p>	<p>Insatisfação com as relações estabelecidas com alguns elementos da família (ID2, 33)</p> <p>Indiferenciado</p> <p>Perceção de falta de apoio familiar (ID2, 34)</p> <p>Perceção de falta de apoio familiar (ID2, 35)</p> <p>Necessidade de diminuição do peso para aumentar a funcionalidade (ID2, 36)</p> <p>Desejo de facilitação da vida do próprio e da esposa, através do aumento da funcionalidade (ID2, 37)</p> <p>Existência de tentativas prévias para diminuir o peso (ID2, 38)</p> <p>Perceção sobre o impacto da paragem do exercício físico no aumento do peso (ID2, 39)</p> <p>Perceção sobre o impacto dos cuidados com a alimentação na diminuição do peso (ID2, 40)</p> <p>Valorização do apoio da esposa (ID2, 41)</p> <p>Existência de doença crónica da esposa do utente (ID2, 42)</p> <p>Desejo de ter uma alimentação saudável (ID2, 43)</p> <p>Desejo de recuperação das limitações físicas (ID2, 44)</p> <p>Desejo de recuperação nas limitações físicas (ID2, 45)</p>
---	---

<p>Voltemos agora à questão da sua família, que referiu como sendo difícil para si. O que é que acha que tem feito para ultrapassar essas dificuldades? Ando um bocado chateado comigo mesmo, porque não fiz mal a ninguém para me estarem a fazer o que estão a fazer.</p> <p>E sente que há algo que possa fazer para melhorar essa situação (e.g. que dependa de si)? No que depende de mim, está tudo bem. Mas não acredito nas pessoas que me estão a fazer isto. Tinham de fazer alguma coisa para mudar.</p> <p>O quê? Não sei, mostrar uma atitude diferente, falar comigo.</p> <p>Vai regressar a casa amanhã. Como é que está a lidar com esse acontecimento? Vai custar por causa da perna.</p> <p>Vai ter de fazer algumas adaptações em casa... As adaptações já estão feitas. Já tenho a cadeira e as coisas que fazem falta.</p> <p>Quais são os seus planos para o regresso a casa? Em princípio tenho de continuar com a fisioterapia. Pronto.</p> <p>Isso é essencial para a sua recuperação. Pois, para começar a mexer a perna e depois fazer a minha vida. Nunca fui pessoa de estar parada e agora sinto esta tristeza.</p> <p>O facto de ter as limitações físicas é um motivo de tristeza para si...Mas falou-me do foco na recuperação. Pois, espero que corra bem. Que é para não desiludir mais.</p> <p>Quando fala em desiludir mais, sente que já se desiludiu anteriormente? Epá eu fiz tanto àquela rapariga... (choro)</p> <p>À sua filha... (choro) sim, eu nem gosto de falar nisso...</p>	<p>Zanga devido à percepção de falta de apoio de alguns elementos da família (ID2, 46)</p> <p>Falta de confiança em relação a alguns elementos da família (ID2, 47)</p> <p>Necessidade de ver mudanças comportamentais positivas por parte de alguns elementos da família (ID2, 48)</p> <p>Antecipação negativa do regresso a casa devido às limitações físicas decorrentes da doença (ID2, 49)</p> <p>Adaptação das condições domiciliárias às limitações físicas (ID2, 50)</p> <p>Necessidade de continuar a fisioterapia após a saída da instituição (ID2, 51)</p> <p>Valorização da independência na realização das atividades quotidianas (ID2, 52)</p> <p>Tristeza devido às limitações físicas decorrentes da doença (ID2, 53)</p> <p>Esperança na recuperação das limitações físicas (ID2, 54)</p> <p>Desejo de evitar desilusões no futuro (ID2, 55)</p> <p>Percepção de falta de apoio familiar (ID2, 56)</p> <p>Relutância em falar sobre percepção de falta de apoio familiar (ID2, 57)</p>
--	---

<p>Só fala do que quiser, esteja à vontade. E referiu também algumas coisas positivas, como a recuperação, o apoio da sua esposa... Sim, é só com ela que posso contar. De resto, não conto com mais ninguém. Se eu fosse uma pessoa que tivesse dinheiro com fartura, não me faltava ninguém. Mas como infelizmente não tenho, ninguém se chega ao pé de mim. Vinham ao pé de mim, esticavam a mão e sempre podiam ter alguma coisa. Mas como não tenho, não há.</p> <p>Como é que se sentia se soubesse que as pessoas se aproximavam de si por esse motivo (e.g. dinheiro)? Eu conheço a família que tenho. Se eu não os conhecesse, não falava assim. Estou a dizer isto porque os conheço.</p> <p>Imagine que se aproximavam de si por esse motivo. Como é que acha que se ia sentir? Melhor? Não sei, depois só na altura é que podia responder, se isso acontecesse.</p> <p>Mas falando da sua vida atual, tem agora um caminho pela frente, o objetivo da recuperação. Sim, exatamente. Até porque eu ainda não sou velho. Vejo mais velhos que conseguem atingir o que querem. E eu espero também ir mais longe e atingir o que peço (e.g. aumentar a funcionalidade e diminuir a dependência).</p> <p>Que é ter mais independência? Pois, é isso. Que é para não depender da mulher. Se ela precisar de ir a algum sítio ela tem de me arranjar antes, deixar-me lá. Lá em casa sou só eu e ela, mais ninguém.</p> <p>Está motivado para a nova fase? Estou! Amanhã à tarde vou embora, por volta da hora de almoço.</p> <p>Muito obrigada pela sua disponibilidade e participação!</p> <p>ID3 A primeira pergunta que lhe vou fazer refere-se ao envelhecimento. O que é para si o envelhecimento? Ai, é uma tristeza muito grande.</p> <p>O que é mais difícil nesse processo? Já vou fazer 88 anos no dia 12 deste mês.</p>	<p>Perceção sobre a exclusividade do apoio da esposa (ID2, 58)</p> <p>Valorização do dinheiro como motivo da possível aproximação dos familiares (ID2, 59)</p> <p>Valorização do dinheiro como motivo da possível aproximação dos familiares (ID2, 60)</p> <p>Indiferenciado</p> <p>Não identificação do utente com a velhice (ID2, 61)</p> <p>Reconhecimento da capacidade de pessoas mais velhas para concretizar objetivos (ID2, 62)</p> <p>Esperança na concretização dos objetivos pessoais (ID2, 63)</p> <p>Valorização da independência na realização das atividades quotidianas (ID2, 64)</p> <p>Perceção sobre a exclusividade do apoio da esposa (ID2, 65)</p> <p>Motivação para a recuperação das limitações físicas (ID2, 66)</p> <p>Tristeza decorrente do envelhecimento (ID3, 1)</p> <p>Idade cronológica como indicador do envelhecimento (ID3, 2)</p>
---	--

<p>Ah, eu faço anos no dia 11, fazemos anos com um dia de diferença. (riso) pois é...</p> <p>É na noite dos santos populares... Pois é...No Santo António.</p> <p>Estava a dizer-me que envelhecer é uma grande tristeza. O que é que torna esse processo tão triste? Quando a gente é nova tem outra vida, é diferente. Agora uma pessoa tem medo de tudo, tudo faz impressão...A gente ser nova é muito bom.</p> <p>O que é que é bom, na sua opinião? Outra maneira de viver, que é diferente da velhice. Agora é estar mais um dia à espera de ir para o buraco. É mesmo assim, e quando a gente é nova não.</p> <p>Está a falar da questão do tempo...o tempo que existe para viver. Pois. Agora já são 87 anos...</p> <p>E além dos aspetos que referiu, encontra alguns aspetos positivos no envelhecimento? Hmm, encontro porque se o meu marido fosse vivo, a vida era melhor, comparando com o que é. Não ia para o lar, tinha uma vida diferente. Tinha uma boa reforma, vivíamos bem.</p> <p>Então acha que há algumas coisas boas em envelhecer? Não, para mim não.</p> <p>Que mudanças é que tem sentido, com o envelhecimento? Tenho tido algumas coisas, parece que não é a vida como tínhamos antes. A gente vai morrer e acontece isto e acontece aquilo...E quando eu era nova não.</p> <p>Houve mudanças negativas na forma como pensa sobre a vida... É isso, é... sim.</p>	<p>Indiferenciado</p> <p>Indiferenciado</p> <p>Medo decorrente do envelhecimento (ID3, 3)</p> <p>Valorização da juventude comparativamente à velhice (ID3, 4)</p> <p>Valorização da juventude, comparativamente à velhice (ID3, 5)</p> <p>Antecipação da morte decorrente do envelhecimento (ID3, 6)</p> <p>Idade cronológica como indicador do envelhecimento (ID3, 7)</p> <p>Perceção sobre a vivência negativa da viuvez, comparativamente ao casamento (ID3, 8) Boas condições económicas (ID3, 9)</p> <p>Perceção negativa sobre o envelhecimento (ID3, 10)</p> <p>Reconhecimento de mudanças negativas na vida, decorrentes do envelhecimento (ID3, 11)</p> <p>Antecipação da morte decorrente do envelhecimento (ID3, 12)</p> <p>Valorização da juventude, comparativamente à velhice (ID3, 13)</p> <p>Reconhecimento de mudanças negativas na forma de pensar sobre a vida devido ao envelhecimento (ID3, 14)</p>
--	---

<p>Nestes últimos meses tem estado na instituição. Têm cuidado de si. Nesse sentido, o que é para si cuidar de alguém? É ajudar a outra pessoa que não tem tanta força para fazer as coisas, é tratar bem.</p> <p>E o que é preciso ter para se cuidar de alguém? É preciso ter saúde, força, e também ter um bocadinho de amor.</p> <p>Está a falar dos afetos, da parte emocional... Sim, ter um bocadinho de amor é importante. Estou a lembrar-me da minha mãe, da minha sogra que eram velhinhas e eu pensava que tinha de ser boa para elas, cuidava delas.</p> <p>Como é que tem sido a sua experiência aqui na instituição? Às vezes sinto alguma revolta, porque cuidei de tanta gente e agora têm de cuidar de mim.</p> <p>Tinha o papel de cuidadora e agora é alvo de cuidados... Sim, estou à espera da esmola dos outros para fazer as coisas...</p> <p>É assim que considera a prestação de cuidados? É, é...</p> <p>E é difícil para si... Eu penso que cuidei da minha mãe, cuidei da minha sogra e agora têm de cuidar de mim...é uma tristeza muito grande.</p> <p>Está a ter dificuldade em aceitar a ida para o lar, após sair da instituição... Sim, está lá uma pessoa muito boa, que eu conheço há muitos anos mas é diferente de estar na minha casa. Fazia as minhas coisas, a minha vida e agora não posso.</p> <p>Como é que esta situação está a afetar a sua vida? Com muita tristeza, nem sei explicar... Porque se eu pudesse ficava na minha casa e assim poupava as esmolas dos outros. Mas assim não sou capaz, esta mão está muito mal...nem um bocadinho de pão sou capaz de partir.</p>	<p>Valorização da ajuda do cuidador, no ato de cuidar (ID3, 15)</p> <p>Valorização da saúde do cuidador no ato de cuidar (ID3, 16)</p> <p>Valorização da força do cuidador no ato de cuidar (ID3, 17)</p> <p>Valorização do amor no ato de cuidar (ID3, 18)</p> <p>Valorização do amor no ato de cuidar (ID3, 19)</p> <p>Desempenho do papel de cuidadora de familiares idosos previamente (ID3, 20)</p> <p>Revolta devido à discrepância entre os papéis de cuidadora previamente e alvo de cuidados atualmente (ID3, 21)</p> <p>Angústia devido ao aumento da dependência na realização das atividades quotidianas (ID3, 22)</p> <p>Indiferenciado</p> <p>Tristeza devido à discrepância entre os papéis de cuidadora previamente e alvo de cuidados atualmente (ID3, 23)</p> <p>Valorização de uma pessoa significativa no lar (ID3, 24)</p> <p>Desejo de permanecer na própria casa (ID3, 25)</p> <p>Perceção negativa sobre as perdas/ limitações físicas decorrentes da doença (ID3, 26)</p> <p>Tristeza devido à ida para o lar (ID3, 27)</p> <p>Perceção negativa sobre as perdas/ limitações físicas decorrentes da doença (ID3, 28)</p>
---	---

<p>Neste sentido, quais são as suas principais dificuldades? Ir para o lar está a ser difícil, mas não tenho assim muitas dificuldades graças a Deus. Tenho um filho que não pode ser melhor do que é, a minha nora também é muito boa. Tenho uma neta com 15 anos que também é muito boa. Não acho que tenha assim muitas dificuldades.</p> <p>E em relação à parte física? As limitações nos movimentos da mão... Com essa parte tenho andado muito chateada, porque não sou capaz de fazer nada. Não consigo fazer nada com esta mão.</p> <p>O que é que acha que a podia ajudar a ultrapassar essas dificuldades? Olhe, se o meu marido fosse vivo eu passava isto tudo. O meu marido era muito bom para mim, era uma pessoa muito amorosa, pronto...</p> <p>Era um apoio importante para si. Era, ele era muito bom para mim e se fosse vivo ajudava-me muito.</p> <p>E consegue pensar em mais formas de ultrapassar essas dificuldades, outras pessoas que a possam apoiar? O meu filho e a minha nora também me vão ajudando nalgumas coisas. Mas eles têm a vida deles; ele é médico e ela é enfermeira. O meu filho perguntou-me se eu queria ir para a casa dele, eu disse que não. Então, eles não estão lá durante o dia. Ia estar lá sozinha? É assim...</p> <p>Pelo que me disse, sente tristeza. Quando se sente mais triste, o que é que faz para se sentir melhor? Olhe, às vezes choro, outras vezes levanto-me e dou uns passos até além...para me esquecer destas coisas e distrair-me. Mas é difícil esquecer...E depois quando penso no meu marido, e que se ele fosse vivo, não passava isto...Mas pronto, ele já morreu há 8 anos.</p> <p>Foi uma perda difícil para si... Sim, muito difícil...</p>	<p>Dificuldade em aceitar a ida para o lar (ID3, 29)</p> <p>Valorização do apoio familiar recebido (ID3, 30)</p> <p>Crença em Deus (ID3, 31)</p> <p>Zanga devido às limitações físicas decorrentes da doença (ID3, 32)</p> <p>Perceção sobre a vivência negativa da viuvez, comparativamente ao casamento (ID3, 33)</p> <p>Valorização do apoio do marido (ID3, 34)</p> <p>Valorização do apoio do marido (ID3, 35)</p> <p>Valorização do apoio familiar recebido (ID3, 36)</p> <p>Perceção sobre o impacto negativo dos papéis profissionais dos familiares na possibilidade de a utente viver em sua casa (ID3, 37)</p> <p>Recusa da utente em ficar sozinha na casa dos familiares durante o dia (ID3, 38)</p> <p>Episódios de choro durante a estadia na instituição (ID3, 39)</p> <p>Utilização de estratégias de confronto comportamentais para lidar com a tristeza (e.g. distração, evitamento) (ID3, 40)</p> <p>Perceção sobre a vivência negativa da viuvez, comparativamente ao casamento (ID3, 41)</p> <p>Dificuldade na vivência da perda do marido (ID3, 42)</p>
---	--

<p>Neste momento, o que é que sente que precisa mais? Não vejo assim muitas necessidades mas pronto...preciso de tratar das minhas coisas, as roupas para vestir e têm de ser os outros a fazer porque eu não sou capaz. E isso faz-me confusão. Têm de ser os outros a fazerem-me tudo.</p> <p>Está a falar da questão da independência, das suas necessidades. E em relação à parte mais positiva? Como é a sua satisfação com a sua vida atualmente? Se o meu filho e a minha nora me pusessem ao pé deles, eu gostava muito. Mas eles não podem...</p> <p>Por causa do trabalho? Sim, por causa do trabalho não podem.</p> <p>Apesar dessa situação, sente-se satisfeita com a sua vida? Estou, tenho de estar. Só que penso sempre o pior, sempre fui assim. Ainda assim, graças a Deus, a minha vida não é assim muito má.</p> <p>Por exemplo, como é a sua satisfação com a sua saúde? A minha saúde...se não fosse esta mão, eu não tinha grandes doenças... não tinha.</p> <p>E em relação à parte familiar? Também estou bem. Tenho um irmão e quatro cunhadas que também são bons para mim.</p> <p>Sente que tem apoio por parte dos familiares... Sim, tenho, tenho.</p> <p>E tem amigos, vizinhos? Tenho amigos muito bons, muito bons, que também me ajudam muito, desde que me aconteceu isto (e.g. AVC).</p> <p>Em relação ao que deseja neste momento, disse-me que seria ir para junto do seu filho e da sua nora. Tem mais algum desejo que gostaria de ver realizado? O melhor que podia ter era ir para ao pé deles. E eles mostraram-se disponíveis. A minha neta até disse que ia sair da escola para ir para ao pé de mim. E eu disse-lhe que isso não podia ser. Eu é que lhes disse que não ia, eles trabalham o dia todo. Eu não queria ficar sozinha todo o dia. Gostava de ir para ao pé deles, se pudesse ser, se eles pudessem. Mas assim não, eles trabalham.</p>	<p>Angústia devido ao aumento da dependência na realização das atividades quotidianas (ID3, 43)</p> <p>Desejo de habitar com os familiares (ID3, 44)</p> <p>Perceção sobre o impacto negativo dos papéis profissionais dos familiares na disponibilidade para a utente viver em sua casa (ID3, 45)</p> <p>Catastrofização como estilo de pensamento habitual (ID3, 46)</p> <p>Crença em Deus (ID3, 47)</p> <p>Satisfação com a vida em geral (ID3, 48)</p> <p>Perceção sobre a ausência patologias prévias antes da doença (ID3, 49)</p> <p>Valorização do apoio familiar recebido (ID3, 50)</p> <p>Valorização do apoio familiar recebido (ID3, 51)</p> <p>Apoio social instrumental recebido para lidar com as limitações físicas decorrentes da doença (ID3, 52)</p> <p>Desejo de habitar com os familiares (ID3, 53)</p> <p>Recusa da utente em ficar sozinha na casa dos familiares durante o dia (ID3, 54)</p> <p>Perceção sobre o impacto negativo dos papéis profissionais dos familiares na possibilidade de utente viver em sua casa (ID3, 55)</p>
---	--

<p>Falámos sobre as suas principais dificuldades, os aspetos que a deixam satisfeita, o que gostava que acontecesse. O que é que espera nesta nova fase (e.g. ida para o lar)? É ir para o lar e estar lá. Sei que o lar é bom e a senhora de lá é muito minha amiga. Estou com a esperança que corra bem.</p> <p>A esperança é muito importante. Existe mais alguma coisa que gostasse de dizer? Não, eu não posso dizer nada que tenha jeito, porque eu não sei ler, não sei falar.</p> <p>Disse coisas muito importantes, sobre a sua experiência, como tem vivido o envelhecimento. Muito obrigada pela sua participação!</p> <p>ID4 A primeira coisa que lhe vou perguntar é o que é para si o envelhecimento? A gente sabe que quando nasce tem de morrer. E nunca pensei chegar a esta idade.</p> <p>Tem 87 anos... Sim, 87 anos. Nunca pensei chegar a esta idade mas sempre pensei que era eu que morria à frente do meu marido. Ainda na semana que aconteceu isto da perna, estávamos deitados e estávamos a falar. Ele disse-me assim: nós temos de resolver a nossa vida. Então, a gente não pode estar sozinhos... Tu andas cansada, eu também tenho estas dores que não me largam, os comprimidos não fazem nada. E eu dizia: oh homem, então mas onde é que vamos buscar o dinheiro para irmos os dois para um lar?</p> <p>Estavam a pensar em soluções para estarem mais acompanhados e viverem esta fase... Então o nosso ordenado é 800 e qualquer coisa... nem sei bem ao certo. As duas reformas juntas. Como é que ele estava a pensar em irmos os dois para um lar. Ele dizia que nem que tivéssemos de vender a casa. Então e depois? E se o dinheiro acaba? Ninguém sabe quando morre. Eu dizia-lhe que morria primeiro do que ele. O meu marido respondia que quando eu morresse, também não ficava cá muito tempo. Afinal foi ele à frente.</p> <p>São questões que não controlamos e que são muito difíceis, não é... É muito triste... difícil...</p>	<p>Resignação relativamente à ida para o lar (ID3, 56)</p> <p>Valorização de uma pessoa significativa no lar (ID3, 57)</p> <p>Esperança relativamente à vivência positiva da estadia no lar (ID3, 58)</p> <p>Baixa perceção de autoeficácia sobre as próprias capacidades de comunicação devido à falta de escolarização (ID3, 59)</p> <p>Perceção sobre a inevitabilidade da morte decorrente do envelhecimento (ID4, 1)</p> <p>Expectativas relativamente à sua longevidade (ID4, 2)</p> <p>Recordações sobre conversas prévias com o marido relativamente à necessidade de irem para um lar devido às limitações físicas de ambos (ID4, 3)</p> <p>Dificuldades económicas (ID4, 4)</p> <p>Perceção sobre a imprevisibilidade da morte decorrente do envelhecimento (ID4, 5)</p> <p>Resignação sobre a morte do marido (ID4, 6)</p> <p>Tristeza devido à perda do marido (ID4, 7)</p>
---	---

<p>E é natural que esteja triste. Tendo em conta o que disse, o que é para si envelhecer? Sempre tive a vida desgostosa, nunca tive assim grande alegria, mas pronto íamos vivendo,...íamos vivendo. E tinha o meu marido que era muito bom para mim. Vivemos sempre felizes, no sentido do amor. Mas nunca pensei chegar a esta altura, sei lá. Nunca pensei chegar a esta idade. E o meu marido tinha 90 anos.</p> <p>Que mudanças é que acha que acontecem quando as pessoas envelhecem? O que muda... olhe, é o que a gente vê. Doenças, e agora infelizmente é só AVC, AVC, está tudo transtornado da cabeça. O meu marido tinha muitas dores nas pernas, tinha as canadianas, ia sempre a gemer até à sala. Lá comia, via um bocadinho a televisão, depois queria ir deitar-se. Era assim a vida.</p> <p>Aparecem mais doenças, mais dificuldades... e acha que há alguns aspetos positivos no envelhecimento? Eu acho que não. O principal é a saúde, que é o que toda a gente se queixa. Vêm as doenças.</p> <p>E acha que se ganha alguma coisa, quando se envelhece? Então, o que é que se ganha? Eu acho que não se ganha nada. Apanha-se tristezas, não é alegrias. Acaba-se tudo, a gente já não pode fazer nada do que fazia.</p> <p>Fala das dificuldades, das perdas... Pois...</p> <p>Neste sentido, o que é para si ser idosa? Eu não sei como é que hei-de responder...</p>	<p>Vivência de desgosto ao longo da vida (ID4, 8)</p> <p>Valorização do apoio do marido (ID4 ,9)</p> <p>Satisfação com o afeto na relação conjugal (ID4, 10)</p> <p>Expectativas relativamente à sua longevidade (ID4, 11)</p> <p>Perceção negativa sobre a existência de mudanças visíveis decorrentes do envelhecimento (ID4, 12)</p> <p>Perceção sobre o aparecimento de doenças decorrentes do envelhecimento (ID4, 13)</p> <p>Lamento sobre as limitações físicas que o marido apresentava antes de falecer (ID4, 14)</p> <p>Perceção negativa sobre o envelhecimento (ID4, 15)</p> <p>Perceção sobre o aparecimento de doenças decorrentes do envelhecimento (ID4, 16)</p> <p>Perceção sobre o aparecimento de doenças decorrentes do envelhecimento (ID4, 17)</p> <p>Perceção negativa sobre o envelhecimento (ID4, 18)</p> <p>Perceção sobre a ausência de ganhos associados ao envelhecimento (ID4, 19)</p> <p>Tristeza decorrente do envelhecimento (ID4, 20)</p> <p>Perceção sobre a noção de finitude decorrente do envelhecimento (ID4, 21)</p> <p>Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes do envelhecimento (ID4,22)</p> <p>Indiferenciado</p> <p>Dificuldade em explicar a vivência pessoal enquanto idosa (ID4, 23)</p>
--	---

<p>Como é que se tem sentido, as mudanças que tem notado...</p> <p>É o que estou a falar aqui à senhora, e nunca tive alegria desde que o meu filho faleceu. A alegria acabou-se. Não havia dia em que eu e o meu marido não chorássemos pelo filho. O filho estava sempre na nossa presença. Na fotografia, na mesa do jantar. E não passávamos disto. Não estávamos acamados. Íamos indo. Quando se está acamado é pior.</p> <p>E como é que tem sido para si estar aqui na instituição? Têm cuidado de si...</p> <p>Não tenho nada que dizer, de mal.</p> <p>O que é para si cuidar de alguém?</p> <p>Cuidar de alguém é compreenderem que aquela pessoa está mal e que a tratem com carinho, como deve ser.</p> <p>É preciso ter carinho, compreensão para se cuidar alguém...</p> <p>Pois, o carinho principalmente. Quando falam assim de repente com a gente parece que já não é tão bom.</p> <p>E como tem sido a sua experiência aqui na instituição, sendo alvo de cuidados?</p> <p>Não tem sido má, não tenho razão de queixa de ninguém. As enfermeiras até me andavam a dar beijinhos e falavam para mim. Eu é que não sou uma pessoa muito comunicativa. Falo e quando tenho de falar, falo. Mas eu arranjar conversa para estar, não costumo fazer.</p> <p>E como estava a dizer, também teve o papel de cuidadora do seu marido. Ajudava-o nas tarefas do dia a dia...</p> <p>Eu cuidava dele. O meu marido não me ajudava a fazer nada, nunca aprendeu a fazer nada. Mas eu cuidava dele, sim, principalmente quando ele deixou de conseguir fazer as coisas por causa das dores. Eu fazia o comer, fazia tudo. Até aos 79 anos, eu ainda fazia a limpeza da minha casa (e é uma casa bastante grande, com muitos vidros para limpar). Ia fazendo, mas descansava, porque me cansava mais. Depois deu-me isto (e.g. AVC) e tenho uma pessoa para me ajudar, de 15 em 15 dias... para aspirar, limpar a casa.</p>	<p>Perceção sobre a falta de alegria desde a morte do filho (ID4, 24)</p> <p>Perceção sobre o sofrimento conjugal devido à morte do filho (ID4, 25)</p> <p>Valorização do facto de a utente e o marido não estarem acamados previamente, apesar do sofrimento psicológico decorrente da morte do filho (ID4, 26)</p> <p>Ausência de queixas sobre a prestação de cuidados na instituição (ID4, 27)</p> <p>Valorização da compreensão do cuidador sobre as dificuldades da pessoa, no ato de cuidar (ID4, 28)</p> <p>Valorização do carinho no ato de cuidar (ID4, 29)</p> <p>Valorização do carinho no ato de cuidar (ID4, 30)</p> <p>Ausência de queixas sobre a prestação de cuidados na instituição (ID4, 31)</p> <p>Valorização do carinho demonstrado pelos profissionais da instituição nos cuidados prestados à utente (ID4, 32)</p> <p>Perceção sobre a reduzida disponibilidade da própria utente para comunicar (ID4,33)</p> <p>Desempenho do papel de cuidadora do marido previamente (ID4, 34)</p> <p>Adaptação das tarefas domésticas às limitações físicas (ID4, 35)</p> <p>Apoio social instrumental recebido para lidar com as limitações físicas decorrentes da doença (ID4, 36)</p>
---	---

<p>Falando agora do momento presente, quais são as suas principais dificuldades, além da perda do seu marido? O que é que hei-de dizer... A dificuldade em andar é o principal e também ter dor.</p> <p>Isso influencia a sua vida, as tarefas que faz... Então eu não faço nada... O que é que se faz aqui? É comer, dormir e parece que quando chega a hora do comer nunca tenho vontade de comer. Mas depois começo a comer e lá como. Quando estava na minha casa, tinha perdido 12 kg, e já tinha a falta de apetite antes. E quando aconteceu isto ao meu marido, claro... é uma perda muito grande, uma coisa para a gente passar, dá em maluca. Eu tenho muito medo da minha cabeça. Eu estava com a minha cabeça muito boa mas agora já não tenho a cabeça como tinha antes de isto me acontecer. A cabeça está mais cansada, destas conversas e do que me aconteceu. O cérebro está mais cansado. Há alturas em que não posso ouvir barulho nenhum. Parece que fico com um tampão nos ouvidos e falo pelos ouvidos. Um mal estar na cabeça, nem queira saber...</p> <p>Falamos da parte mais negativa e das dificuldades. Consegue encontrar alguma coisa com a qual esteja satisfeita atualmente? Não, nada disso. Nada me deixa satisfeita na vida. É uma tristeza total desde que o meu marido morreu.</p> <p>E em termos de necessidades, acha que precisa de quê atualmente? Eu precisava de saúde, mais nada.</p> <p>E tem estado a fazer tratamentos, a fisioterapia por exemplo... Eu já não posso vir fazer essas coisas porque... como é que eu hei-de dizer... a minha nora é que me tem ajudado neste tempo. Ela também tem a vida dela, tem o pai doente, a filha é enfermeira e a mãe é que faz tudo, dá trabalho (lava a roupa, fazer a comida). É empregada de escritório e reformou-se para terem a vida mais descansada, antes dos 65 anos. E no fim tem tido mais trabalho do que se estivesse empregada. É também é doente, tem diabetes, pólipos nos intestinos. Tem as suas doenças e tem andando a ver o que resulta.</p> <p>Pelo que estava a dizer, o seu desejo principal é ter saúde... Sim, mais nada. Não tenho desejos nenhuns. Já há muitos anos, desde que o meu filho faleceu, parece que perdi tudo. Acredita? Tinha de ser, porque tinha de ser. Fiquei tão traumatizada, nunca me chegou desejo.</p>	<p>Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes da doença (ID4, 37)</p> <p>Perceção de dor (ID4, 38)</p> <p>Perceção negativa sobre a falta de atividades lúdicas na instituição (ID4, 39)</p> <p>Perceção sobre a falta de apetite durante a estadia na instituição (ID4, 40)</p> <p>Perceção sobre a perda de peso previamente à ida para a instituição (ID4, 41)</p> <p>Dificuldade na vivência da perda do marido (ID4, 42)</p> <p>Medo decorrente da perceção de mudanças no funcionamento cognitivo, após a morte do marido (ID4, 43)</p> <p>Perceção de insatisfação global com a vida (ID4, 44)</p> <p>Tristeza devido à morte do marido (ID4, 45)</p> <p>Necessidade de recuperação das limitações físicas (ID4, 46)</p> <p>Impossibilidade de continuar a fisioterapia devido à diminuição do apoio familiar instrumental (ID4, 47)</p> <p>Impacto das doenças dos familiares na diminuição da disponibilidade para prestar apoio instrumental à utente (ID4, 48)</p> <p>Perceção sobre a ausência de desejos na vida (ID4, 49)</p> <p>Perceção de perda global desde o falecimento do filho (ID4, 50); Perceção sobre a inevitabilidade da morte do filho (ID4, 51); Perceção sobre a existência de um trauma emocional desde o falecimento do filho (ID4, 52)</p>
---	--

<p>É uma perda que a marcou ao longo da vida... É isso mesmo. O meu marido com 90 anos era uma pessoa que às vezes me perguntava e ainda me aparecia todo enfeitado, está a ver? Era a esses desejos que queria chegar não era?</p> <p>Estava a falar de desejos no geral, na sua vida... Pois... tenho um compadre, que é o pai da minha nora e tem doença de Alzheimer já há 10 anos. Desde os 40 e tal que o homem perdeu a vontade... Agora vai-se aos médicos e queixa-se, e as coisas remediavam-se. Mas eles também nunca trataram disso e levaram uma vida assim...</p> <p>Estava a perguntar sobre os desejos nas várias áreas da sua vida, coisas que gostaria de fazer, que acontecessem na sua vida. Em relação às suas dificuldades, acha que poderia ser feita alguma coisa que a ajudasse? Não... Acho que não. Ninguém me poderia ajudar nos meus desgostos, que é o que me traumatizou na minha vida toda. Um dia destes estive a ler uma revista e tinha uma entrevista com a Judite de Sousa, que perdeu o filho... E ela diz que ao fim de três anos, andou nos psicólogos, nessas coisas... E os amigos... e agora está a recuperar tudo... mas ela ainda é nova, tem uma vida; não é velha como eu sou. Eu tenho 87 anos.</p> <p>Apesar de a fase de vida e os objetivos poderem ser diferentes, acha que poderia também encontrar coisas de que gostasse, na sua vida? Não, nada me faz sentido desde que o meu marido morreu.</p> <p>Quando voltar para casa, em breve, quais são os seus planos, o que está a pensar fazer? Antes entretinha-me muito a fazer renda, agora não tenho vista para isso. Nem que eu me queira entreter com a renda, não tenho vista para isso e tenho a cabeça cansada. Gostava muito de coser, fui costureira. Tenho lá uma colcha muito linda, feita pelas minhas mãos. Fiz a colcha inteira.</p> <p>E agora há alguma coisa que pense fazer? Não, não tenho cabeça para fazer nada.</p>	<p>Perceção sobre a existência de desejo sexual por parte do marido, apesar da idade cronológica avançada (ID4, 53)</p> <p>Referência a casos de pessoas conhecidas em que existia falta de desejo sexual por parte de um dos elementos do casal (ID4, 54)</p> <p>Perceção sobre a impossibilidade de ser ajudada por outras pessoas, para lidar com os desgostos da vida (ID4, 55)</p> <p>Valorização da juventude, comparativamente à velhice (ID4, 56)</p> <p>Identificação da utente com a velhice (ID4, 57)</p> <p>Idade cronológica como indicador do envelhecimento (ID4, 58)</p> <p>Perda de sentido na vida decorrente da perda do filho e do marido (ID4, 59)</p> <p>Perceção positiva sobre a realização de atividades de lazer no passado (ID4, 60)</p> <p>Impacto das limitações físicas atuais na incapacidade para realizar atividades de lazer (ID4, 61)</p> <p>Valorização da atividade profissional antes da doença (ID4, 62)</p> <p>Elevada perceção de autoeficácia relativamente à realização da atividade profissional no passado (ID4, 63)</p> <p>Impacto negativo do envelhecimento na motivação para realizar atividades de lazer (ID4, 64)</p>
--	--

<p>Em relação à sua recuperação, os tratamentos... Não sei como é que vai ser a minha recuperação... isto está muito mau, entrar na minha casa, nunca mais ver o meu marido. Tenho muitas coisas para resolver, já nem tenho idade para me estar a entreter com renda e coisas assim...</p> <p>Mas tem tido muita força para ultrapassar várias coisas difíceis ao longo da vida...Tem aqui mais uma fase em que precisa dessa força. Acho que não, isto leva-me abaixo também. Deus queira que não demore muito tempo... que Deus se lembre de mim. Não merece a pena estar cá, estou cá a fazer o quê? Só peço que não me dê muito sofrimento, porque ao longo da vida já tenho sofrido muito.</p> <p>A senhora está a melhorar da sua fratura, das dores... E viver sozinha tem alguma graça?</p> <p>É muito mais difícil... Sem um filho, sem o meu marido, sem nada...</p> <p>E tem alguns amigos que morem perto de si ou vizinhos? Tenho pessoas amigas e muita família, muitos sobrinhos que gostam muito de mim. Todas as semanas me telefonam e na semana passada fui à minha terra, que já não ia lá há 9 anos. É uma terrazinha boa, e já grande. Deixei lá uma linda vivenda, e agora estou arrependida de a ter vendido. Vim para o futuro do meu filho, para o trabalho dele... Está a ver a minha sorte? Acabou de fazer o exame de admissão e viemos para Lisboa. Para o futuro dele. Na altura não havia lá universidades perto. E no fim, foi o que aconteceu... paciência. O que hei-de fazer? Deus assim o determinou e há-de determinar também a minha vida.</p>	<p>Perceção de incerteza relativamente à recuperação das limitações físicas (ID4, 65)</p> <p>Antecipação negativa sobre o regresso a casa, devido ao falecimento do marido (ID4, 66)</p> <p>Impacto negativo do envelhecimento na motivação para realizar atividades de lazer (ID4, 67)</p> <p>Crença em Deus (ID4, 68)</p> <p>Desejo de morrer decorrente da perda do marido (ID4, 69)</p> <p>Perda de sentido na vida devido à perda do filho e do marido (ID4, 70)</p> <p>Vivência do sofrimento ao longo da vida (ID4, 71)</p> <p>Perceção negativa sobre a solidão decorrente da perda do marido e do filho (ID4, 72)</p> <p>Perceção negativa sobre a solidão decorrente da perda do marido e do filho (ID4, 73)</p> <p>Valorização do apoio familiar recebido (ID4, 74)</p> <p>Lamento relativamente aos esforços realizados para a educação do filho e posterior falecimento do filho (ID4, 75)</p> <p>Responsabilização de Deus relativamente ao falecimento do filho (ID4, 76)</p> <p>Responsabilização de Deus relativamente ao futuro da utente (ID4, 77)</p> <p>Resignação relativamente ao falecimento do filho (ID4, 78)</p>
---	---

<p>Mas tem pessoas que gostam de si, que a apoiam... Eu não sou de muitas conversas... Sabe porque é que não sou assim? Quando eu era nova, saí da escola quando tinha 10 anos. Tenho a 4ª classe, fi-la cá quando já era mulher. E o meu marido era muito meu amigo mas nunca me deixou tirar a carta. Se calhar tinha medo que eu morresse, ou que guiasse.</p> <p>A senhora tem lidado com situações muito difíceis e tem-se adaptado... Continua a ter pessoas que a apoiam. Mas estão longe, não tenho saúde para ir a casa delas. E as minhas sobrinhas também estão com idades avançadas, nestas idades é que aparece tudo e a gente começa a descair.</p> <p>E acha que pode encontrar algum sentido para a sua vida atualmente? Tenho lá pessoas que vão à minha casa (e.g. alguns sobrinhos), pelo menos duas ou três pessoas vão lá. E dizem que eu nunca tenho nada para contar. E eu digo que eles é que andam na rua, eu não ando na rua. E elas diziam que se não sabia, para inventar (riso).</p> <p>É porque queriam falar consigo... e hão-de continuar a querer. Agora não sei se vão continuar a ir lá, logo se vê depois de lá estar. Eu tenho uma pessoa que mora lá comigo, que fica no rés-do-chão. É uma casa muito grande para mim, é bonita. Tenho lá uma pessoa que me ajuda e faz companhia.</p> <p>Gostava de acrescentar mais alguma coisa? Não, já estou com a cabeça cansada.</p> <p>Muito obrigada pela sua disponibilidade e participação!</p> <p>ID5 A primeira questão que lhe vou fazer relaciona-se com o envelhecimento. O que é para si o envelhecimento? O que é, o que é... para mim...o envelhecimento? De quê?</p> <p>Das pessoas. Imagine uma pessoa que nasce, e ao longo do tempo vai envelhecendo. O que é para si esse processo? Esse processo é mau. É mau para mim porque não queria estar doente. E isto está mau, está bera, está péssimo. Tiraram-me a fisioterapia, podia estar na fisioterapia, podia estar melhor e assim estou a ficar pior.</p>	<p>Perceção sobre a reduzida disponibilidade da própria utente para comunicar (ID4,79)</p> <p>Perceção sobre as restrições impostas pelo marido na obtenção da carta de condução pela utente (ID4, 80)</p> <p>Impacto da falta de saúde na incapacidade para ir a casa dos familiares (ID4, 81)</p> <p>Perceção sobre o aparecimento de doenças decorrentes do envelhecimento (ID4, 82)</p> <p>Valorização do apoio familiar recebido (ID4, 83)</p> <p>Apoio social instrumental recebido para lidar com as limitações físicas decorrentes da doença (ID4, 84)</p> <p>Dificuldade de compreensão da questão sobre a definição do processo de envelhecimento (ID5, 1)</p> <p>Perceção negativa sobre o envelhecimento (ID5, 2)</p> <p>Perceção sobre o impacto negativo da doença na vivência do envelhecimento (ID5, 3)</p> <p>Insatisfação relativamente à paragem da realização da fisioterapia na instituição (ID5, 4)</p>
--	---

<p>Por que motivo é que lhe tiraram a fisioterapia? Fez um ano e pronto...</p> <p>Sente que precisava de mais tratamentos... Sim, agora ando para a frente e ando para trás. E aqui estou.</p> <p>E o que é para si ser idoso? Idoso? É mau. É muito mau. Não chegava a este ponto. Chegando a certa idade, já não dá nada...</p> <p>Fala da dificuldade que sente em ser idoso... É só para empatar, é muito mau ficar velho... Era desaparecer da vista para fora...estou aqui a fazer o quê?</p> <p>Este processo trouxe-lhe algumas mudanças? Que mudanças é que acontecerem na sua vida devido ao envelhecimento? Deixei de trabalhar, e foi o suficiente. E a perna e o braço não estão bons. Não andam bons.</p> <p>Está a referir as partes mais negativas do envelhecimento... As perdas que foi vivendo. Considera que existem algumas partes positivas no envelhecimento? Não...</p> <p>Tem estado na instituição há algum tempo... Há 2 anos.</p> <p>Tendo em conta a sua experiência na instituição, o que é para si cuidar de alguém? Eu não posso comigo, quanto mais cuidar de alguém. Tomara eu ter saúde...</p> <p>Pode pensar no facto de ser alvo de cuidados. O que é que acha que tem de se ter para se cuidar de alguém? Cuidar de alguém...São mais velhos do que eu, muito mais e dependem mais dos outros...É olhar só por ele, não sei...estar numa cadeira ou numa coisa qualquer e estar ali com ele, não sei...E ajudando no que possa, no que é preciso. De resto, não tenho forças para nada, para andar praticamente. Isto também foi de repente que me deu...</p>	<p>Perceção negativa sobre a paragem da fisioterapia na instituição devido ao facto de o utente ter alcançado a duração prevista dos tratamentos (ID5, 5)</p> <p>Perceção da recuperação com altos e baixos (ID5, 6)</p> <p>Perceção negativa sobre o envelhecimento (ID5, 7)</p> <p>Idade cronológica como indicador do envelhecimento (ID5, 8)</p> <p>Perceção negativa sobre o envelhecimento (ID5, 9)</p> <p>Perceção de perda da razão de viver decorrente do envelhecimento (ID5, 10)</p> <p>Perceção negativa sobre o facto de ter deixado de trabalhar (ID5, 11)</p> <p>Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes do envelhecimento (ID5, 12)</p> <p>Perceção negativa sobre o envelhecimento (ID5, 13)</p> <p>Duração da estadia na instituição (ID5, 14)</p> <p>Perceção sobre a incapacidade do próprio para cuidar de alguém (ID5, 15)</p> <p>Desejo de recuperação das limitações físicas (ID5, 16)</p> <p>Perceção negativa sobre o aumento da dependência decorrente do envelhecimento (ID5, 17)</p> <p>Valorização da companhia do cuidador no ato de cuidar (ID5, 18)</p> <p>Valorização da ajuda do cuidador no ato de cuidar (ID5, 19); Perceção sobre a diminuição súbita da</p>
--	--

<p>O AVC? Sim...</p> <p>Antes do AVC sentia que tinha mais força, mais capacidades (e.g. andar, realizar as tarefas do dia a dia)? Sim... Se eu tivesse continuado com a fisioterapia, era capaz de estar melhor... Andar mais um bocado e tal... Quando eu comecei a fisioterapia, ainda estava de cadeira de rodas e agora já ando com bengala...</p> <p>Teve progressos importantes na sua capacidade para andar. Sim, já não é preciso andarilho, só a bengalita para me segurar. Mas agora vamos ver o que é que isto vai dar...</p> <p>Como é que tem sido para si estar na instituição? Ter pessoas que cuidam de si... Cuidar de mim... Só para tratar do almoço e do jantar, mais nada. Eu visto-me e dispo-me bem, faço tudo. Só a comida é que não faço, não consigo fazer.</p> <p>Mantém a independência em várias coisas... Sim.</p> <p>E como é que tem sido para si sentir que tem aqui pessoas a cuidar de si? Desde que saí do hospital e vim para esta vida, tem sido só pessoas aqui a ajudar-me. Agora já consigo vestir-me...</p> <p>Sente que tem mais independência agora, em comparação com a fase em que teve o AVC. Sim!</p> <p>E em relação às suas necessidades atuais, quais é que acha que são? O que necessito...é a fisioterapia. Pelo menos sempre fazia alguma coisa...la mexendo, ia andando e conseguia. Depois cortaram-me tudo aqui e pronto...já não consigo fazer nada.</p>	<p>funcionalidade devido à doença (ID5, 20)</p> <p>Perceção sobre a diminuição súbita da funcionalidade devido à doença (ID5, 21)</p> <p>Insatisfação relativamente à paragem da realização da fisioterapia na instituição (ID5, 22)</p> <p>Perceção sobre o impacto positivo da fisioterapia no aumento da funcionalidade (ID5, 23)</p> <p>Perceção sobre o impacto positivo da fisioterapia no aumento da funcionalidade (ID5, 24)</p> <p>Perceção de incerteza relativamente à recuperação das limitações físicas (ID5, 25)</p> <p>Perceção positiva sobre o aumento da independência na realização das AVD (ID5, 26)</p> <p>Perceção positiva sobre o aumento da independência na realização das AVD (ID5, 27)</p> <p>Valorização da ajuda recebida na prestação de cuidados na instituição (ID5, 28)</p> <p>Perceção positiva sobre o aumento da independência na realização das AVD (ID5, 29)</p> <p>Perceção positiva sobre o aumento da independência na realização das AVD (ID5, 30)</p> <p>Necessidade de continuar a realizar fisioterapia na instituição (ID5, 31)</p> <p>Perceção sobre o impacto positivo da fisioterapia no aumento da funcionalidade (ID5, 32)</p> <p>Insatisfação relativamente à paragem da realização da fisioterapia na instituição (ID5, 33)</p>
---	---

<p>Acha que há a possibilidade de voltar a ter a fisioterapia? Sim...</p> <p>E o que é preciso fazer para que isso aconteça? O que é preciso...era fazê-la.</p> <p>Acha que se falar com alguém aqui da instituição, pode voltar a ter a fisioterapia? Sim... Se fizesse força, arranjasse justificação outra vez para ir lá...Mas não acho jeito...Qualquer dia vou-me embora... mais dia, menos dia...estou à espera.</p> <p>Vai sair da instituição? Para onde eles me querem mandar, eu vou.</p> <p>Está a referir-se a quem? A Dra. quer mandar-me embora para outro lado. O outro lado não interessa a ninguém, aquilo é pior que Deus me livre...</p> <p>Como é que o senhor se sente em relação ao facto de sair desta instituição e ir para esse local? Para o outro lugar, onde me querem mandar ir...eu vou. Aquilo não interessa a ninguém... chego lá de manhã e não tenho a roupa. É sapatos, é tudo... Pelo menos foi o que me disseram.</p> <p>E em relação a esta instituição, como é a sua satisfação? Gosto de estar aqui. Pelo menos sempre vou estando melhor. Não me fazem mal, não me fazem nada, brincam.</p> <p>O que é que gosta mais aqui? Era fazer a fisioterapia, para eu conseguir mexer-me. A ver se começava a andar melhor...</p> <p>A fisioterapia permitira que se sentisse melhor, relativamente à sua saúde e à sua vida em geral. Sim, já conseguia andar melhor e depois já me orientava em casa.</p>	<p>Perceção positiva sobre a possibilidade de continuar a realizar a fisioterapia na instituição (ID5, 34)</p> <p>Necessidade de continuar a realizar a fisioterapia na instituição (ID5, 35)</p> <p>Perceção de incerteza relativamente à data de saída da instituição (ID5, 36)</p> <p>Perceção negativa sobre a decisão de mudança de instituição, tomada pelos profissionais da instituição (ID5, 37)</p> <p>Perceção negativa sobre a decisão de mudança de instituição, tomada pelos profissionais da instituição (ID5, 38)</p> <p>Perceção negativa sobre a decisão de mudança de instituição, tomada pelos profissionais da instituição (ID5, 39)</p> <p>Satisfação relativamente à estadia na instituição (ID5, 40)</p> <p>Necessidade de continuar a realizar a fisioterapia na instituição (ID5, 41)</p> <p>Desejo de recuperação das limitações físicas (ID5, 42)</p> <p>Desejo de recuperação das limitações físicas (ID5, 43)</p> <p>Perceção sobre o impacto positivo da fisioterapia no aumento da funcionalidade (ID5, 44)</p>
--	---

<p>Em termos da sua vida social, como é que tem sido a sua estadia na instituição (e.g. visitas, interações com os outros utentes)? Só tenho recebido visitas de 8 em 8 dias ou de 15 em 15 dias. Estão a trabalhar...</p> <p>Quem é que o vem visitar? É o meu genro, a minha filha...os outros filhos que tenho. De resto, não tenho mais ninguém. Já fugiu tudo.</p> <p>Como é a sua relação com a sua filha e o seu genro? É boa.</p> <p>E com os outros utentes, os profissionais da instituição? Também é tudo bom. Não tenho razão de queixa. Aqui não há queixa nenhuma. Levanto-me de manhã, depois vou um bocadinho lá fora, para ver se consigo andar. Sento-me ali fora e tal...se estiver frio venho para dentro. É assim.</p> <p>Em relação às suas dificuldades atuais, já falou sobre a capacidade de andar. Identifica outras dificuldades? Quais? O que eu sinto é não conseguir andar.</p> <p>Nesse sentido, existem momentos em que se sinta mais triste ou preocupado? Não, nem por isso. Estou triste por estar cá todo o dia, e também só vêm ver-me de 8 em 8 ou de 15 em 15 dias... Trazer a roupa... Mas nada de especial. Para aqui ando, para aqui estou.</p> <p>Durante o dia, que tarefas é que gosta de realizar e costuma fazer na instituição? É aqui ao lado...</p> <p>Na sala das atividades? Sim, é jogar à bola uns com os outros... também há pouca coisa.</p> <p>Falemos agora sobre os seus desejos. Se pudesse pedir alguma coisa, qual é o desejo que gostava de ver realizado? Não há nada de especial. É quase tudo a mesma coisa. Pontapé para aqui, pontapé para ali (no jogo da bola). Pouco mais há.</p> <p>Está a dizer que pouco mais há aqui na instituição ou na vida em geral? É aqui na instituição. Com a vida, está tudo bem.</p>	<p>Perceção de falta de apoio familiar (ID5, 45)</p> <p>Perceção sobre o impacto negativo dos papéis profissionais dos familiares na disponibilidade para visitar o utente (ID5, 46)</p> <p>Perceção sobre a diminuição da rede de apoio familiar devido ao falecimento de alguns familiares (ID5, 47)</p> <p>Satisfação relativamente às relações familiares (ID5, 48)</p> <p>Ausência de queixas sobre a prestação de cuidados na instituição (ID5, 49)</p> <p>Perceção positiva sobre as rotinas diárias na instituição (ID5, 50)</p> <p>Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes da doença (ID5, 51)</p> <p>Perceção de aprisionamento na instituição (ID5, 52)</p> <p>Perceção de falta de apoio familiar (ID5, 53)</p> <p>Indiferenciado</p> <p>Perceção negativa sobre a reduzida variedade de atividades lúdicas realizadas na instituição (ID5, 54)</p> <p>Perceção negativa sobre a reduzida variedade de atividades lúdicas realizadas na instituição (ID5, 55)</p> <p>Satisfação com a vida em geral (ID5, 56)</p>
---	---

<p>Então, pensando na vida em geral, o que é que o senhor mais queria fazer ou gostaria que acontecesse? Fazer... era trabalhar, se eu pudesse. Se eu tivesse a carrinha para andar e os braços para me mexer, já me governava. Assim não dá.</p> <p>E o que é que poderia ser feito para diminuir as suas dificuldades? Era a fisioterapia... é chato. Também há-de chegar a hora em que vou embora daqui e acabou. Têm de entrar outros.</p> <p>Essa situação é um motivo de tristeza para si? Sim, é um bocado triste. Levantava-me sempre satisfeito, estava ali meia hora, uma hora. Fazia isto, fazia aquilo, ia-me mexendo, subia as escadas, já andava melhor.</p> <p>Sentia-se mais animado nesses dias. Sim, ia para lá às 10h, saía às 11h, vinha para aqui e depois almoçava. Estavam aí as raparigas (e.g. funcionárias da instituição), entretinha-me com elas. Já andava melhor. Agora assim, não.</p> <p>Considera que há alguma coisa a fazer em relação a essa situação? Não sei, só o médico é que pode fazer. O médico pode dizer para fazer novamente e eu gostava de fazer. Mas o que querem é: embora, embora, que está outro para entrar.</p> <p>Pelo que diz, é uma situação que é difícil para si. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa? Não, é tudo.</p> <p>Muito obrigada pela sua disponibilidade e participação!</p> <p>ID6 Vou começar por lhe perguntar o que é para si o envelhecimento. É uma coisa chata.</p> <p>Na sua opinião, o que torna o envelhecimento numa coisa chata? A gente não ter assim muita coisa para fazer... Não poder fazer as coisas que gostamos de fazer, e depois com a idade já não conseguimos fazer porque não temos força.</p>	<p>Desejo de desempenhar a atividade profissional (ID5, 57)</p> <p>Necessidade de continuar a realizar a fisioterapia na instituição (ID5, 58)</p> <p>Perceção negativa sobre a antecipação da saída da instituição (ID5, 59)</p> <p>Tristeza devido à paragem da realização da fisioterapia na instituição (ID5, 60)</p> <p>Perceção sobre o impacto positivo da fisioterapia no aumento da funcionalidade (ID5, 61)</p> <p>Tristeza devido à paragem da realização da fisioterapia na instituição (ID5, 62)</p> <p>Desejo de continuar a realizar a fisioterapia na instituição (ID5, 63)</p> <p>Perceção negativa sobre a antecipação da saída da instituição (ID5, 64)</p> <p>Perceção negativa sobre o envelhecimento (ID6, 1)</p> <p>Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes do envelhecimento (ID6, 2)</p> <p>Idade cronológica como indicador do envelhecimento (ID6, 3)</p>
--	--

<p>Fala sobre as perdas na capacidade para realizar as tarefas. O que é para si ser idosa? Acho que é um bocado aborrecido. Eu pelo menos começo a lembrar-me de coisas quando era mais jovem...</p> <p>Recorda as coisas que viveu na altura e que sente que agora já não tem tanta capacidade física para fazer? Sim...</p> <p>Pode dar-me um exemplo? Eu trabalhava, e quando parei é que percebi que estava a ficar mais velha. E agora há certas coisas que eu gostava de fazer, certas atividades que não consigo fazer. Não tenho a mesma força que tinha antes, nem me mexo bem.</p> <p>Pelo que me está a dizer, ocorreram algumas mudanças à medida que foi envelhecendo. Não foi bem envelhecer, foi depois de me ter dado o AVC que comecei a sentir isso (e.g. limitações físicas)</p> <p>Fala-me das consequências do AVC na sua vida... Sim.</p> <p>Agora vou pedir-lhe para pensar no envelhecimento sem doença. Como é que acha que é (e.g. ao nível das capacidades)? Acho que há sempre falta de capacidades.</p> <p>Quer exista ou não uma doença... Sim, sim, há sempre falta de capacidades!</p> <p>Estivemos a falar sobre a parte mais negativa do envelhecimento. Considera que existem aspetos positivos neste processo? Se sim, quais são? Eu acho que não. Na minha opinião, acho que não.</p> <p>E compreender a sua perspetiva é muito importante. Falemos agora sobre a sua estadia na instituição. Há quanto tempo é que está aqui? Vai fazer três meses.</p> <p>Como é que tem sido para si estar na instituição? Tem sido muito bom.</p>	<p>Perceção de aborrecimento decorrente da vivência do envelhecimento (ID6, 4)</p> <p>Valorização da juventude comparativamente à (ID6, 5)</p> <p>Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes do envelhecimento (ID6, 6)</p> <p>Perceção negativa sobre o facto de ter deixado de trabalhar (ID6, 7)</p> <p>Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes do envelhecimento (ID6, 8)</p> <p>Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes da doença (ID6, 9)</p> <p>Doença como desencadeadora da perceção de envelhecimento (ID6, 10)</p> <p>Indiferenciado</p> <p>Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes do envelhecimento (ID6, 11)</p> <p>Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes do envelhecimento (ID6, 12)</p> <p>Perceção negativa sobre o envelhecimento (ID6, 13)</p> <p>Duração da estadia na instituição (ID6, 14)</p> <p>Satisfação relativamente à estadia na instituição (ID6, 15)</p>
--	--

<p>O que é que gosta mais? Já consigo ter energia para fazer certas coisas que não conseguia fazer. Ainda tenho alguma dificuldade na perna e no braço direitos mas acho que já me movimento melhor.</p> <p>Esses progressos são muito importantes. O que é que tem feito para melhorar? Tenho fisioterapia e está a resultar muito bem... já evolui mais do que na instituição onde estive antes de vir para aqui.</p> <p>Essa evolução contribui para a sua motivação e para se sentir mais animada... Sim, sim! Lá, eu pouco evolui. Também estive lá cerca de três meses.</p> <p>O que é que acha que limitou a sua evolução nessa instituição? Lá eu não tinha a fisioterapia como tenho aqui. Nem sombras disso.</p> <p>Em relação aos exercícios, às pessoas que cuidavam de si... Sim. Não tinha nada a ver com o que tenho aqui. Aqui é muito melhor.</p> <p>Pelo que diz, está satisfeita com a fisioterapia desta instituição. Nesse sentido, como é que tem sido para si ser alvo de cuidados na instituição? Tem sido muito bom.</p> <p>O que é que acha mais importante, quando se cuida de alguém? Por exemplo, acho que são atenciosos, têm muito cuidado com a gente. Não tenho razão de queixa nem de auxiliares, nem de fisioterapeutas, nem de nenhum.</p> <p>Portanto considera que ser atencioso e cuidadoso com a pessoa é importante no ato de cuidar. É, sim senhora...a atenção e o cuidado deles (e.g. profissionais da instituição) são muito importantes.</p>	<p>Perceção positiva sobre o aumento da energia (ID6, 16)</p> <p>Perceção positiva sobre os progressos na funcionalidade (ID6, 17)</p> <p>Perceção sobre o impacto positivo da fisioterapia no aumento da funcionalidade (ID6, 18)</p> <p>Valorização da fisioterapia realizada na instituição, comparativamente à fisioterapia disponibilizada na instituição anterior (ID6, 19)</p> <p>Valorização da fisioterapia realizada na instituição, comparativamente à fisioterapia disponibilizada na instituição anterior (ID6, 20)</p> <p>Valorização da fisioterapia realizada na instituição, comparativamente à fisioterapia disponibilizada na instituição anterior (ID6, 21)</p> <p>Valorização da fisioterapia realizada na instituição, comparativamente à fisioterapia disponibilizada na instituição anterior (ID6, 22)</p> <p>Satisfação com a prestação de cuidados na instituição (ID6, 23)</p> <p>Valorização da atenção dos profissionais nos cuidados prestados na instituição (ID6, 24)</p> <p>Valorização do zelo dos profissionais nos cuidados prestados na instituição (ID6, 25)</p> <p>Ausência de queixas sobre a prestação de cuidados na instituição (ID6, 26)</p> <p>Valorização da atenção dos profissionais nos cuidados prestados na instituição (ID6, 27)</p> <p>Valorização do zelo dos profissionais nos cuidados prestados na instituição (ID6, 28)</p>
--	---

<p>Pensemos agora nas suas principais necessidades. Quais é que acha que são? A minha maior necessidade é eu ficar melhor para me poder ir embora para casa...mas só queria ir quando já me sentisse melhor.</p> <p>De forma geral é isso que sente que precisa... Sim.</p> <p>Tem também algumas necessidades mais específicas (e.g. nível pessoal, social)? Não estou a ver nenhuma.</p> <p>Há pouco demonstrou que estava satisfeita com a fisioterapia e os progressos na sua mobilidade. Como é a sua satisfação com a sua vida, em geral? A minha vida em geral não tem sido muito má. O problema foi ter-me dado o AVC, tenho mais dificuldade em mexer-me e não tenho força.</p> <p>Logo, se tivesse de classificar a sua vida atualmente, como é que classificaria? Eu diria que é boa.</p> <p>E em relação à sua saúde? Na saúde, o problema é só o AVC. De resto, não tenho mais nada.</p> <p>A nível social, como são as suas relações? São boas.</p> <p>Quais são os aspetos mais positivos? Com os utentes, há alguns que "não me entram cá dentro", principalmente aqueles que são mal educados. Não posso com pessoas mal educadas. De resto, não tenho razão de queixa das pessoas aqui.</p> <p>Tendo em conta o que me está a dizer, como é a sua satisfação com as relações sociais? Estou satisfeita.</p>	<p>Necessidade de recuperação das limitações físicas (ID6, 29)</p> <p>Desejo de regresso a casa quando sentir maior recuperação das limitações físicas (ID6, 30)</p> <p>Indiferenciado</p> <p>Não identificação de necessidades específicas a nível pessoal e/ou social (ID6, 31)</p> <p>Satisfação com a vida em geral (ID6, 32)</p> <p>Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes da doença (ID6, 33)</p> <p>Satisfação com a vida em geral (ID6, 34)</p> <p>Impacto negativo do AVC na perceção sobre o estado de saúde (ID6, 35)</p> <p>Satisfação com as relações sociais, no geral (ID6, 36)</p> <p>Dificuldade em lidar com alguns utentes da instituição, devido à perceção de falta de educação dos mesmos (ID6, 37)</p> <p>Satisfação com as relações sociais, no geral (ID6, 38)</p>
---	--

<p>Em relação aos cuidados, também apontou aspetos positivos... Sim, os cuidados para mim são ótimos. Eu também não sou uma pessoa mal educada, nem de refilar. E então não tenho razão de queixa de nenhuns (e.g. profissionais da instituição).</p> <p>O facto de estar satisfeita é importante, na sua vivência do dia a dia. Abordámos as questões com as quais se sente satisfeita. Quais são para si as principais dificuldades? Não tenho assim nada que seja difícil.</p> <p>Por exemplo, pode pensar em algumas questões que a deixem triste e/ou preocupada. Preocupada... estou preocupada porque sei que tenho de me ir embora, mas queria ir quando já estivesse um bocado melhor. Pelo menos anda não me disseram quando é que termina o tempo aqui na instituição.</p> <p>Tem alguns momentos em que se sinta mais triste, angustiada? Nem por isso... Às vezes só me lembro é da minha família... Mas olhe, na semana passada tive surpresas que me deixaram muito alegre. Tive cá o meu filho que está em Madrid, e a minha nora. Vieram-me ver e deram-me uma notícia muito boa. Vou ser avó da parte deles. E depois outra alegria também. Nesse dia em que veio cá o meu filho, veio um primo meu que está no Brasil. Foi para lá trabalhar e veio para cá agora, para tratar da reforma. Veio cá ver-me com a rapariga com quem ele vive, que é uma brasileira. A mulher dele... Eles davam-se bem mas chegou a uma certa altura e eles separaram-se. Essa mulher não prestava. Então ele deixou essa mulher e a filha. E a filha também era como a mãe. Agora está com essa moça brasileira e vieram cá ver-me.</p> <p>Foram notícias e momentos muito bons para si, que valoriza. Sim, foram muito bons. E no feriado também tive uma visita de uma cunhada minha e dois cunhados meus. Vieram cá ver-me. Ainda não tinham vindo cá, não sabiam a morada disto e então vieram. A minha cunhada também anda um bocado doente. Quando os vi entrar, fiquei contente...já não os via há muito tempo.</p> <p>Nesses momentos pôde rever a família, passar tempo com pessoas que são importantes para si, distrair-se... Sim, sim. Foi muito bom.</p>	<p>Satisfação com a prestação de cuidados na instituição (ID6, 39)</p> <p>Ausência de queixas sobre a prestação de cuidados na instituição (ID6, 40)</p> <p>Não identificação de dificuldades a nível pessoal e/ou social (ID6, 41)</p> <p>Desejo de regresso a casa quando sentir maior recuperação das limitações físicas (ID6, 42)</p> <p>Perceção de incerteza relativamente à data de saída da instituição (ID6, 43)</p> <p>Valorização do apoio familiar recebido (ID6, 44)</p> <p>Valorização do apoio familiar recebido (ID6, 45)</p> <p>Valorização do apoio familiar recebido (ID6, 46)</p>
---	---

<p>Além desses dias, em que recebe visitas, como é que a senhora costuma ocupar o tempo na instituição? Olhe, é bom. durante o dia levantamo-nos, tomamos banho e o pequeno-almoço. Depois vimos para a salinha lá em cima, onde há televisão. Estou lá um bocado. A seguir almoçamos e vimos para baixo. Depois do almoço, vamos para a sala onde eu estava (e.g. sala de atividades). E à tarde temos o lanche.</p> <p>Existem atividades nessa sala, em que os utentes participam. Sim, quando está aí a animadora há atividades e isso é bom..</p> <p>E a senhora costuma participar nessas atividades? Sim, sim, participo. Gosto muito. No Natal fizemos várias coisas e gosto muito dessas coisas assim (e.g. trabalhos manuais).</p> <p>Falemos agora sobre os seus desejos. Se pudesse pedir um desejo, qual seria? O que desejo é ficar melhor, para ir para casa. Não é que esteja afrita, mas gosto de estar em casa e gostava de ir quando já estivesse melhor.</p> <p>É natural. É um local que é familiar e confortável para si. Não é bem a minha casa porque estou na casa do meu filho mais velho. Mas tenho um bom quarto. O meu marido faleceu, esteve seis anos acamado com um AVC. Ao fim de seis anos faleceu. Quando ele morreu, o meu filho disse-me assim: "Oh mãe, pense na sua vida mas eu não a quero aqui sozinha. Eu disse-lhe: "Deixa-me pensar e eu depois digo-te alguma coisa", e ele disse: "Pense depressa, porque eu não quero a mãe aqui sozinha". Eu lá pensei e decidi ir para a casa do meu filho, ele é muito bom para mim. Eu tenho mais filhos mas o mais novo está em Madrid, tenho uma filha que só me telefona de vez em quando... Vir ver-me, não vem. Tinha saudades de ver o menino dela, que é um amor de menino. Quando o meu filho e a minha nora vieram de Madrid e estiveram cá há uns dias, trouxeram o menino. Mas foram eles que o trouxeram, ela não é capaz de cá vir. E o menino é muito irrequieto mas é um doce de menino. Eu gosto muito de crianças e é meu neto.</p> <p>A situação com a sua filha é algo que a deixa triste... Sim, deixa-me muito triste.</p> <p>Que idade é que tem o seu neto? Vai fazer 9 anos em novembro. E também tenho um neto com 15 anos, mas esse às vezes vem cá com o pai e a mãe. Ele gosta muito de mim e eu também gosto muito dele. E agora vou ter outro neto, do meu filho mais novo. Ou neto, ou neta. Ainda não se sabe, porque está no princípio da gravidez. Vieram cá e deram-me estas duas pulseiras...acho que isto tem um significado... eles disseram-me mas eu já não me lembro. Mas são sempre coisas que a gente gosta.</p>	<p>Perceção positiva sobre as rotinas diárias na instituição (ID6, 47)</p> <p>Perceção positiva sobre a existência de atividades lúdicas na instituição (ID6, 48)</p> <p>Satisfação com as atividades lúdicas realizadas na instituição (ID6, 49)</p> <p>Desejo de recuperação das limitações físicas (ID6, 50)</p> <p>Desejo de regresso a casa quando sentir maior recuperação das limitações físicas (ID6, 51)</p> <p>Valorização do apoio familiar recebido (ID6, 52)</p> <p>Valorização do apoio familiar recebido (ID6, 53)</p> <p>Perceção de falta de apoio familiar (ID6, 54)</p> <p>Perceção de falta de apoio familiar (ID6, 55)</p> <p>Perceção de falta de apoio familiar (ID6, 56)</p> <p>Valorização do apoio familiar recebido (ID6, 57)</p>
---	--

<p>Foram-lhe oferecidas pelo seu filho e pela sua nora, que são pessoas importantes para si. Parabéns pela notícia de que vai ser avó! Obrigada!</p>	<p>Indiferenciado</p>
<p>Existe mais algum assunto de que gostasse de falar? Não, não há mais nada.</p>	<p>Indiferenciado</p>
<p>Pelo que me esteve a dizer, considera que está a ter uma estadia positiva na instituição. Sim, estou, estou. E elas (e.g. profissionais da instituição) são muito minhas amigas, tratam-me muito bem. E eu também não trato mal ninguém. Gosto de estar aqui.</p> <p>Muito obrigada pela sua participação e por ter falado sobre a sua vivência!</p>	<p>Satisfação com a prestação de cuidados na instituição (ID6, 58)</p> <p>Satisfação relativamente à estadia na instituição (ID6, 59)</p>

Anexo F – Categorias e subcategorias de 1ª, 2ª e 3ª ordem

EXPLICAÇÃO E VIVÊNCIA DO ENVELHECIMENTO

1. Idiossincrasia na explicação do envelhecimento

1.1. Identificação com a velhice

- Idiossincrasia da vivência do envelhecimento (ID1, 19)
- Dificuldade em explicar o que é o envelhecimento (ID2, 1)
- Dificuldade em explicar o que é ser idosa (ID4, 23)
- Não identificação do utente com a velhice (ID2, 61)
- Identificação da utente com a velhice (ID4, 57)

1.2. Perceção sobre a relação entre a idade cronológica e o envelhecimento

- Idade cronológica como indicador do envelhecimento (ID3, 2; ID3, 7; ID4, 58; ID5, 8; ID6, 3)
- Expectativas relativamente à sua longevidade (ID4, 2; ID4, 11)

1.3. Perceção sobre a relação entre a reforma e o envelhecimento

- Perceção negativa sobre o facto de ter deixado de trabalhar (ID5, 11; ID6, 7)

2. Vivência do envelhecimento

2.1. Implicações negativas do envelhecimento

2.1.1. Implicações físicas negativas do envelhecimento

- Perceção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes do envelhecimento (ID1, 2; ID4, 22; ID5, 12; ID6, 2; ID6, 6; ID6, 8; ID6, 11; ID6, 12)
- Perceção negativa sobre a existência de mudanças visíveis decorrentes do envelhecimento (ID4, 12)

- Percepção sobre o aparecimento de doenças decorrentes do envelhecimento (ID4, 13; ID4, 16; ID4, 17; ID4, 82)
- Percepção negativa sobre o aumento da dependência decorrente do envelhecimento (ID5, 17)

2.1.2. Implicações emocionais negativas do envelhecimento

- Percepção de perda global decorrente do envelhecimento (ID1, 1; ID1, 3)
- Percepção de perda da razão de viver decorrente do envelhecimento (ID1, 4; ID5, 10)
- Percepção de dificuldade na vivência do envelhecimento (ID1, 5)
- Percepção negativa sobre a existência de diversas implicações do envelhecimento (ID1, 18)
- Percepção negativa sobre o envelhecimento (ID1, 20; ID13, 10; ID4, 15; ID4, 18; ID5, 2; ID5, 7; ID5, 9; ID5, 13; ID6, 1; ID6, 13)
- Tristeza decorrente do envelhecimento (ID3, 1; ID4, 20)
- Medo decorrente do envelhecimento (ID3, 3)
- Valorização da juventude comparativamente à velhice (ID3, 4; ID3, 5; ID3, 13; ID4, 56; ID6, 5)
- Antecipação da morte decorrente do envelhecimento (ID3, 6; ID3, 12)
- Reconhecimento de mudanças negativas na vida, decorrentes do envelhecimento (ID3, 11)
- Percepção sobre a inevitabilidade da morte decorrente do envelhecimento (ID4, 1)
- Percepção sobre a imprevisibilidade da morte decorrente do envelhecimento (ID4, 5)
- Percepção sobre a ausência de ganhos associados ao envelhecimento (ID4, 19)
- Percepção sobre a noção de finitude decorrente do envelhecimento (ID4, 21)

- Percepção de aborrecimento decorrente da vivência do envelhecimento (ID6, 4)
- Reconhecimento de mudanças negativas na forma de pensar sobre a vida devido ao envelhecimento (ID3, 14)
- Impacto negativo do envelhecimento na motivação para realizar atividades de lazer (ID4, 64; ID4, 67)

2.2. Equilíbrio entre as implicações positivas e negativas do envelhecimento

- Reconhecimento de aspetos positivos e negativos no envelhecimento (ID2, 7)

2.3. Manutenção das capacidades pessoais na vivência do envelhecimento

- Reconhecimento da capacidade de pessoas mais velhas para concretizar objetivos (ID2, 62)
- Percepção sobre a existência de desejo sexual por parte do marido, apesar da idade cronológica avançada (ID4, 53)

NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

1. Percepção de insatisfação com a vida

- Percepção de insatisfação global com a vida (ID4, 44)

2. Percepção de satisfação com a vida

- Satisfação com a vida em geral (ID3, 48; ID6, 32; ID6, 34; ID5, 56)

VIVÊNCIA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

1. Problemas físicos e emocionais prévios à institucionalização

1.1. Problemas emocionais prévios à institucionalização

- Vivência de desgosto ao longo da vida (ID4, 8)
- Vivência do sofrimento ao longo da vida (ID4, 71)
- Percepção sobre a impossibilidade de ser ajudada por outras pessoas, para lidar com os desgostos da vida (ID4, 55)
- Percepção sobre a ausência de desejos na vida (ID4, 49)

- Catastrofização como estilo de pensamento habitual (ID3, 46)

1.2. Impacto emocional negativo da perda de entes queridos

- Percepção sobre a vivência negativa da viuvez, comparativamente ao casamento (ID3, 8; ID3, 33; ID3, 41)
- Dificuldade na vivência da perda do marido (ID3, 42)
- Resignação sobre a morte do marido (ID4, 6)
- Resignação relativamente ao falecimento do filho (ID4, 78)
- Tristeza devido à morte do marido (ID4, 7; ID4, 45)
- Lamento sobre as limitações físicas que o marido apresentava antes de falecer (ID4, 14)
- Percepção sobre a falta de alegria desde a morte do filho (ID4, 24)
- Percepção sobre o sofrimento conjugal devido à morte do filho (ID4, 25)
- Dificuldade na vivência da perda do marido (ID4, 42)
- Medo decorrente da percepção de mudanças no funcionamento cognitivo, após a morte do marido (ID4, 43)
- Percepção de perda global desde o falecimento do filho (ID4, 50)
- Percepção sobre a inevitabilidade da morte do filho (ID4, 51)
- Percepção sobre a existência de um trauma emocional desde o falecimento do filho (ID4, 52)
- Antecipação negativa sobre o regresso a casa, devido ao falecimento do marido (ID4, 66)
- Desejo de morrer decorrente da perda do marido (ID4, 69)
- Perda de sentido na vida, decorrente da perda do filho e do marido (ID4, 59; ID4, 70)

- Perceção negativa sobre a solidão decorrente da perda do marido e do filho (ID4, 72; ID4, 73)
- Lamento relativamente aos esforços realizados para a educação do filho e posterior falecimento do filho (ID4, 75)

1.3. Problemas físicos prévios à institucionalização

- Perceção sobre a perda de peso previamente à ida para a instituição (ID4, 41)

2. Decisão de institucionalização

2.1. Impacto emocional negativo da decisão de institucionalização

- Desejo de permanecer na própria casa (ID3, 25)
- Tristeza devido à ida para o lar (ID3, 27)
- Dificuldade em aceitar a ida para o lar (ID3, 29)
- Resignação relativamente à ida para o lar (ID3, 56)

2.2. Recursos internos utilizados para facilitar a aceitação da decisão de institucionalização

- Valorização de uma pessoa significativa no lar (ID3, 24; ID3, 57)
- Esperança relativamente à vivência positiva da estadia no lar (ID3, 58)

3. Impacto da institucionalização

3.1. Implicações físicas negativas da institucionalização

- Perda de peso durante a estadia na instituição (ID1, 69)
- Perceção sobre a falta de apetite durante a estadia na instituição (ID4, 40)

3.2. Implicações emocionais negativas da institucionalização

- Impacto emocional da falta de sono no estado emocional do utente (ID1, 41)
- Estado emocional positivo antes da institucionalização (ID1, 66)
- Episódios de choro durante a estadia na instituição (ID1, 67; ID1, 79; ID1, 80; ID3, 39)

- Valorização da descarga emocional associada aos episódios de choro (ID1, 81)
- Pensamentos ruminativos durante a estadia na instituição (ID1, 68)
- Dificuldade em explicar as dificuldades emocionais decorrentes da institucionalização (ID1, 70)
- Perceção negativa sobre o aumento da dependência decorrente da institucionalização (ID2, 24)
- Angústia devido ao facto de estar longe de casa (ID2, 10)

3.3. Recursos utilizados para lidar com as implicações emocionais negativas da institucionalização

- Perceção sobre a não utilização de recursos internos para lidar com as dificuldades emocionais (ID1, 74)
- Minimização das queixas sobre as dificuldades sentidas na instituição (ID1, 54; ID1, 83)
- Utilização de estratégias de confronto para lidar com a tristeza (e.g. evitamento através da distração) (ID3, 40)

3.4. Perceção sobre as dificuldades na interação com os utentes da instituição

- Necessidade de não contactar com utentes que apresentam doenças consideradas perturbadoras (ID1, 29; ID1, 30; ID1, 31, ID1, 32)
- Dificuldade em lidar com alguns utentes da instituição, devido à perceção de falta de educação dos mesmos (ID6, 37)

3.5. Diminuição da autonomia resultante da tomada de decisão pelos profissionais da instituição

- Perceção negativa sobre a decisão de mudança de instituição, tomada pelos profissionais da instituição (ID5, 37; ID1, 38, ID1, 39)

4. Perceção sobre a prestação de cuidados

4.1. Cuidados Médicos

4.1.1. Perceção positiva sobre os tratamentos disponibilizados na instituição

- Satisfação com a fisioterapia na instituição (ID1, 23; ID2, 22)
- Perceção sobre o impacto positivo da fisioterapia no aumento da funcionalidade (ID5, 23; ID5, 24; ID5, 32; ID5, 44; ID5, 61; ID6, 18)
- Perceção positiva sobre a possibilidade de continuar a realizar a fisioterapia na instituição (ID5, 34)
- Valorização da fisioterapia realizada na instituição, comparativamente à fisioterapia disponibilizada na instituição anterior (ID6, 19; ID6, 20; ID6, 21; ID6, 22)
- Satisfação com a terapia da fala na instituição (ID2, 23)

4.1.2. Aspetos negativos dos tratamentos disponibilizados na instituição

- Insatisfação relativamente à paragem da realização da fisioterapia na instituição (ID5, 4; ID5, 22; ID5, 33)
- Tristeza devido à paragem da realização da fisioterapia na instituição (ID5, 60; ID5, 62)
- Perceção negativa sobre a paragem da fisioterapia na instituição devido ao facto de o utente ter alcançado a duração prevista dos tratamentos (ID5, 5)

4.2. Cuidados Assistenciais

4.2.1. Perceção positiva sobre as instalações da instituição

- Satisfação com as instalações da instituição (ID1, 24; ID1, 82)

4.2.2. Perceção negativa sobre a alimentação na instituição

- Insatisfação com as mudanças na alimentação, na instituição (ID1, 58)
- Queixas aos profissionais da instituição sobre as mudanças na alimentação (ID1, 59)

- Insatisfação relativamente ao valor pago para estar na instituição e a quantidade de alimentação disponibilizada (ID1, 60; ID1, 61; ID1, 62)

4.2.3. Perceção positiva sobre as atividades lúdicas realizadas na instituição

- Perceção positiva sobre a existência de atividades lúdicas na instituição (ID6, 48)
- Satisfação com as atividades lúdicas realizadas na instituição (ID6, 49)

4.2.4. Perceção negativa sobre as atividades lúdicas realizadas na instituição

- Perceção negativa sobre a falta de atividades lúdicas na instituição (ID4, 39)
- Perceção negativa sobre a reduzida variedade de atividades lúdicas realizadas na instituição (ID5, 54; ID5, 55)

4.2.5. Perceção positiva sobre os cuidados prestados pelos profissionais da instituição

- Ausência de queixas sobre a prestação de cuidados na instituição (ID4, 27; ID4, 31; ID5, 49; ID6, 26; ID6, 40)
- Valorização do carinho demonstrado pelos profissionais da instituição nos cuidados prestados à utente (ID4, 32)
- Valorização da ajuda recebida na prestação de cuidados na instituição (ID5, 28)
- Valorização da atenção dos profissionais nos cuidados prestados na instituição (ID6, 24; ID6, 27)
- Valorização do zelo dos profissionais nos cuidados prestados na instituição (ID6, 25; ID6, 28)
- Satisfação com a prestação de cuidados na instituição (ID6, 23; ID6, 39; ID6, 58)

4.2.6. Percepção negativa sobre os cuidados prestados pelos profissionais da instituição

- Insatisfação com o comportamento dos profissionais da instituição (ID1, 25; ID1, 51; ID1, 73)
- Insatisfação relativamente à comunicação dos profissionais da instituição com os utentes (ID2, 17)
- Percepção negativa sobre o desrespeito relativamente ao tempo de descanso dos utentes (ID1, 26; ID1, 39, ID1, 43)
- Necessidade de respeito dos profissionais da instituição relativamente aos utentes (ID1, 27; ID1, 44; ID1, 45)
- Impacto negativo do ruído dos profissionais da instituição, no sono do utente (ID1, 40)
- Sentimento de falta de profissionalismo por parte da médica (ID1, 52)
- Percepção sobre a necessidade de seleção criteriosa dos profissionais da instituição (ID1, 76)

4.2.7. Percepção sobre o equilíbrio entre os aspetos positivos e negativos dos cuidados prestados pelos profissionais da instituição

- Percepção sobre a existência de bons e maus cuidados prestados na instituição (ID1, 42)
- Satisfação “mais ou menos” com a prestação de cuidados na instituição (ID1, 53)
- Percepção sobre a ausência de dificuldades na relação com os profissionais da instituição, à exceção do ruído durante a noite e a alimentação na instituição (ID1, 103)
- Reconhecimento de dias positivos e negativos na instituição (ID2, 15)

5. (In)satisfação com a estadia na instituição

5.1. Percepção negativa sobre a estadia na instituição

- Insatisfação com a estadia na instituição (ID1, 35; ID1, 63)
- Necessidade de sair da instituição durante alguns momentos (ID1, 28)
- Perceção de aprisionamento na instituição (ID1, 56; ID1, 71; ID1, 72, ID5, 52)
- Perceção de aprisionamento na instituição (ID1, 71)
- Perceção de aprisionamento na instituição (ID1, 72)
- Insatisfação relativamente ao valor pago para estar na instituição e a perceção de aprisionamento na instituição (ID1, 57)
- Alegria devido à saída da instituição (ID1, 33)
- Desejo de sair da instituição (ID1, 34, ID1, 37; ID1, 102)
- Desejo de impor as próprias condições na estadia na instituição (ID1, 38)
- Necessidade de se sentir num ambiente semelhante à própria casa (ID1, 65)
- Reconhecimento da diferença entre a vida quotidiana em casa e numa instituição (ID3, 25)

5.2. Perceção positiva sobre a estadia na instituição

- Perceção positiva sobre a normalização da vivência na instituição (ID2, 16)
- Perceção positiva sobre as rotinas diárias na instituição (ID5, 50; ID6, 47)
- Satisfação relativamente à estadia na instituição (ID5, 40; ID6, 15; ID6, 59)
- Perceção negativa sobre a antecipação da saída da instituição (ID5, 59; ID5, 64)

DEFINIÇÃO DO ATO DE CUIDAR

1. Especificidade do ato de cuidar

- Dificuldade em explicar o que é cuidar de alguém (ID1, 47)
- Perceção sobre a especificidade da prestação de cuidados (ID1, 48)

2. Características emocionais valorizadas no ato de cuidar

- Valorização da atenção no ato de cuidar (ID1, 50)

- Valorização do carinho no ato de cuidar (ID1, 49; ID4, 29; ID4, 30)
- Valorização do amor no ato de cuidar (ID3, 18; ID3, 19)
- Valorização da humanização no ato de cuidar (ID1, 77)
- Valorização do respeito no ato de cuidar (ID1, 78)
- Valorização da paciência do cuidador no ato de cuidar (ID2, 19)
- Valorização da ajuda do cuidador, no ato de cuidar (ID3, 15; ID5, 19)
- Valorização da companhia do cuidador no ato de cuidar (ID5, 18)
- Valorização da compreensão do cuidador sobre as dificuldades da pessoa, no ato de cuidar (ID4, 28)
- Valorização da adaptação dos cuidadores às necessidades da pessoa (ID2, 21)
- Valorização da colaboração do alvo de cuidados na prestação de cuidados (ID2, 18)
- Necessidade de explicação sobre a forma de o alvo de cuidados colaborar na prestação de cuidados (ID2, 20)

3. Características físicas valorizadas no ato de cuidar

- Valorização da saúde do cuidador no ato de cuidar (ID3, 16)
- Valorização da força do cuidador no ato de cuidar (ID3, 17)

4. Perceção sobre o impacto negativo do ato de cuidar, no cuidador

- Perceção negativa relativamente à sobrecarga na vida dos outros devido aos cuidados ao idoso (ID2, 5)
- Perceção negativa relativamente à sobrecarga na vida dos outros devido aos cuidados ao idoso (ID2, 6)

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS POR PARTE DOS UTENTES

1. Desempenho do papel de cuidadores por parte dos utentes

- Desempenho do papel de cuidadora de familiares idosos previamente (ID3, 20)
- Desempenho do papel de cuidadora do marido previamente (ID4, 34)

2. Percepção sobre a capacidade para ser cuidador atualmente

- Percepção sobre a incapacidade do próprio para cuidar de alguém (ID5, 15)

3. Percepção sobre a diferença entre ser cuidador e alvo de cuidados

- Revolta devido à discrepância entre os papéis de cuidadora previamente e alvo de cuidados atualmente (ID3, 21)
- Tristeza devido à discrepância entre os papéis de cuidadora previamente e alvo de cuidados atualmente (ID3, 23)

VIVÊNCIA DA DOENÇA

1. Percepção sobre a vida antes da doença

1.1. Percepção positiva sobre as rotinas diárias antes da doença

- Desempenho das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) antes da doença (ID1, 9; ID2, 3; ID2, 4)
- Comparação entre a vida quotidiana antes da doença e atualmente (ID2, 28)
- Percepção positiva sobre a realização de atividades de lazer no passado (ID4, 60)

1.2. Percepção positiva sobre o estado de saúde antes da doença

- Energia elevada antes da doença (ID1, 7)
- Percepção sobre a ausência de patologias prévias, antes da doença (ID1, 96; ID3, 49)

1.3. Percepção positiva sobre a atividade profissional antes da doença

- Valorização da atividade profissional antes da doença (ID1, 8; ID1, 107; ID2, 2; ID4, 62)
- Elevada percepção de autoeficácia relativamente à realização da atividade profissional no passado (ID4, 63)

- Pouca disponibilidade para momentos de lazer antes da doença, devido ao trabalho (ID1, 108)

2. Impacto da doença

2.1. Implicações negativas da doença

2.1.1. Implicações físicas negativas da doença

- Percepção sobre as perdas/limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 13; ID3, 26; ID3, 28; ID4, 37; ID5, 51; ID6, 9; ID6, 33)
- Percepção de dor (ID4, 38)
- Impacto das limitações físicas atuais na incapacidade para realizar atividades de lazer (ID4, 61)
- Impacto da falta de saúde na incapacidade para ir a casa dos familiares (ID4, 81)
- Percepção sobre a diminuição súbita da funcionalidade devido à doença (ID5, 20; ID5, 21)

2.1.2. Implicações emocionais negativas da doença

- Doença como desencadeadora da percepção de envelhecimento (ID1, 6; ID6, 10)
- Doença como desencadeadora da percepção de debilidade física (ID1, 10; ID1, 97)
- Dificuldade de aceitação inicial das limitações físicas decorrentes doença (ID1, 11)
- Conscientização sobre as limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 12; ID1, 14; ID1, 16)
- Tristeza devido às limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 17; ID2, 53)
- Zanga devido às limitações físicas decorrentes da doença (ID3, 32)
- Angústia devido ao aumento da dependência na realização das atividades cotidianas (ID2, 26; ID2, 27; ID3, 22; ID3, 43)

- Antecipação negativa do regresso a casa devido às limitações físicas decorrentes da doença (ID2, 49)
- Perceção sobre o impacto negativo da doença na vivência do envelhecimento (ID5, 3)
- Impacto negativo do AVC na perceção sobre o estado de saúde (ID6, 35)

2.2. Recursos utilizados pelos utentes para lidar com as implicações físicas da doença

- Adaptação da atividade profissional às limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 93)
- Adaptação das condições domiciliárias às limitações físicas (ID2, 50)
- Adaptação das tarefas domésticas às limitações físicas (ID4, 35)
- Apoio social instrumental recebido para lidar com as limitações físicas decorrentes da doença (ID1, 111; ID1, 112; ID1, 113; ID1, 115; ID3, 52; ID4, 36; ID4, 84)

3. Perceção sobre a recuperação

3.1. Perceção positiva sobre a recuperação

- Satisfação com a recuperação das limitações físicas (ID1, 22)
- Esperança na recuperação das limitações físicas (ID1, 88; ID1, 98; ID2, 54)
- Esperança na concretização dos objetivos pessoais (ID2, 63)
- Motivação para a recuperação das limitações físicas (ID1, 101; ID2, 66)
- Vontade de viver (ID1, 95)
- Crença na eficácia dos tratamentos (ID1, 100)
- Valorização da independência na realização das atividades quotidianas (ID2, 8; ID2, 9; ID2, 25; ID2, 52; ID2, 64)

- Percepção positiva sobre o aumento da independência na realização das AVD (ID5, 26; ID5, 27; ID5, 29; ID5, 30)
- Percepção positiva sobre o aumento da energia (ID6, 16)
- Percepção positiva sobre os progressos na funcionalidade (ID6, 17)
- Motivação para desempenhar a atividade profissional atualmente (ID1, 84; ID1, 85; ID1, 87; ID1, 94)
- Valorização da atividade profissional atualmente (ID1, 86)

3.2. Percepção de incerteza sobre a recuperação

- Percepção de incerteza relativamente à recuperação das limitações físicas (ID1, 55; ID4, 65; ID5, 25)

3.3. Percepção sobre o equilíbrio entre os aspetos positivos e negativos da recuperação

- Percepção da recuperação com altos e baixos (ID5, 6)

3.4. Necessidades e desejos associados à recuperação

- Necessidade de diminuição do peso para aumentar a funcionalidade (ID2, 36)
- Necessidade de continuar a realizar fisioterapia na instituição (ID5, 31; ID5, 35; ID5, 41; ID5, 58; ID5, 63)
- Necessidade de continuar a fisioterapia após a saída da instituição (ID2, 51)
- Necessidade de recuperação das limitações físicas (ID2, 29; ID4, 46; ID6, 29)
- Desejo de diminuição da dependência na realização das atividades quotidianas (ID2, 30; ID2, 31; ID2, 32)
- Desejo de recuperação das limitações físicas (ID2, 44; ID2, 45; ID5, 16; ID5, 42; ID5, 43; ID6, 50)
- Desejo de regresso a casa quando sentir maior recuperação das limitações físicas (ID6, 30; ID6, 42; ID6, 51)

- Desejo de facilitação da vida do próprio e da esposa, através do aumento da funcionalidade (ID2, 37)
- Desejo de evitar decepções no futuro (ID2, 55)
- Desejo de ter uma alimentação saudável (ID2, 43)
- Desejo de desempenhar a atividade profissional (ID5, 57)

RELAÇÕES FAMILIARES

1. Percepção positiva sobre o apoio familiar

- Manutenção dos contactos através da iniciativa dos familiares (ID1, 109)
- Valorização do apoio familiar recebido (ID1, 110; ID3, 30; ID3, 36; ID3, 50; ID3, 51; ID4, 74; ID4, 83; ID6, 44; ID6, 45; ID6, 46; ID6, 52; ID6, 53; ID6, 57)
- Valorização do apoio da esposa (ID2, 41)
- Valorização do apoio do marido (ID3, 34; ID3, 35; ID4, 9)
- Satisfação com o afeto na relação conjugal (ID4, 10)
- Satisfação relativamente às relações familiares (ID5, 48)

2. Percepção sobre a falta de apoio familiar

- Percepção sobre a existência de visitas de uma única pessoa (ID2, 12)
- Percepção sobre a exclusividade do apoio da esposa (ID2, 13; ID2, 58; ID2, 65)
- Percepção de falta de apoio familiar (ID2, 11; ID2, 14; ID2, 34; ID2, 35; ID2, 56; ID5, 45; ID5, 53; ID6, 54; ID6, 55; ID6, 56)
- Relutância em falar sobre percepção de falta de apoio familiar (ID2, 57)
- Insatisfação com as relações familiares (ID2, 33)
- Falta de confiança em relação a alguns elementos da família (ID2, 47)
- Necessidade de ver mudanças comportamentais positivas por parte de alguns elementos da família (ID2, 48)

- Valorização do dinheiro como motivo da possível aproximação dos familiares (ID2, 59; ID2, 60)
- Impossibilidade de continuar a fisioterapia devido à diminuição do apoio familiar instrumental (ID4, 47)
- Perceção sobre o impacto das doenças dos familiares na diminuição da disponibilidade para prestar apoio instrumental à utente (ID4, 48)
- Perceção sobre o impacto negativo dos papéis profissionais dos familiares na disponibilidade para visitar o utente (ID5, 46)
- Perceção sobre a diminuição da rede de apoio familiar devido ao falecimento de alguns familiares (ID5, 47)

3. Perceção negativa sobre a impossibilidade de habitar com os familiares

- Perceção sobre o impacto negativo dos papéis profissionais dos familiares na possibilidade de a utente viver em sua casa (ID3, 37; ID3,45; ID3, 55)
- Desejo de habitar com os familiares (ID3, 44; ID3, 53)
- Recusa da utente em ficar sozinha na casa dos familiares durante o dia (ID3, 38; ID3, 54)

RELAÇÕES SOCIAIS FORA DA INSTITUIÇÃO

1. Perceção positiva sobre as relações sociais fora da instituição

- Satisfação com as relações sociais, no geral (ID1, 104; ID1, 105; ID6, 36; ID6, 38)
- Perceção sobre a ausência de conflitos nas relações sociais, com os vizinhos (ID1, 106)

CONDIÇÕES ECONÓMICAS

1. Existência de dificuldades económicas

- Dificuldades económicas (ID1, 21; ID1, 90; ID4, 4)
- Tristeza devido às dificuldades económicas (ID1, 91)

- Desejo de estabilidade económica no futuro (ID1, 114)

2. Recursos para lidar com as dificuldades económicas

- Apoio financeiro da família (ID1, 36)
- Necessidade de trabalhar para lidar com as dificuldades económicas (ID1, 89)
- Necessidade de ter saúde para lidar com as dificuldades económicas (ID1, 92)

3. Existência de boas condições económicas

- Boas condições económicas (ID3, 9)

CRENÇAS RELIGIOSAS

1. Religiosidade

- Crença em Deus (ID1, 99; ID3, 31; ID3, 47; ID4, 68)
- Responsabilização de Deus relativamente ao falecimento do filho (ID4, 76)
- Responsabilização de Deus relativamente ao futuro da utente (ID4, 77)

CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO VERBAL DOS UTENTES

1. Perceção dos utentes sobre a própria capacidade para comunicar verbalmente

- Baixa perceção de autoeficácia sobre as próprias capacidades de comunicação devido à falta de escolarização (ID3, 59)
- Perceção sobre a reduzida disponibilidade da própria utente para comunicar (ID4,33; ID4, 79)

OUTRAS

- Perceção de normalidade da existência de ruído durante o dia, na instituição (ID1, 46)
- Duração da estadia na instituição (ID1, 64; ID5, 14; ID6, 14)
- Existência de doença crónica da esposa do utente (ID2, 42)
- Existência de tentativas prévias para diminuir o peso (ID2, 38)
- Perceção sobre o impacto da paragem do exercício físico no aumento do peso (ID2, 39)

- Perceção sobre o impacto dos cuidados com a alimentação na diminuição do peso (ID2, 40)
- Recordações sobre conversas prévias com o marido relativamente à necessidade de irem para um lar devido às limitações físicas de ambos (ID4, 3)
- Valorização do facto de a utente e o marido não estarem acamados previamente, apesar do sofrimento psicológico decorrente da morte do filho (ID4, 26)
- Referência a casos de pessoas conhecidas em que existia falta de desejo sexual por parte de um dos elementos do casal (ID4, 54)
- Dificuldade de compreensão da questão sobre a definição do processo de envelhecimento (ID5, 1)
- Perceção sobre as restrições impostas pelo marido na obtenção da carta de condução pela utente (ID4, 80)
- Perceção de incerteza relativamente à data de saída da instituição (ID5, 36; ID6, 43)
- Não identificação de necessidades específicas a nível pessoal e/ou social (ID6, 31)
- Não identificação de dificuldades a nível pessoal e/ou social (ID6, 41)